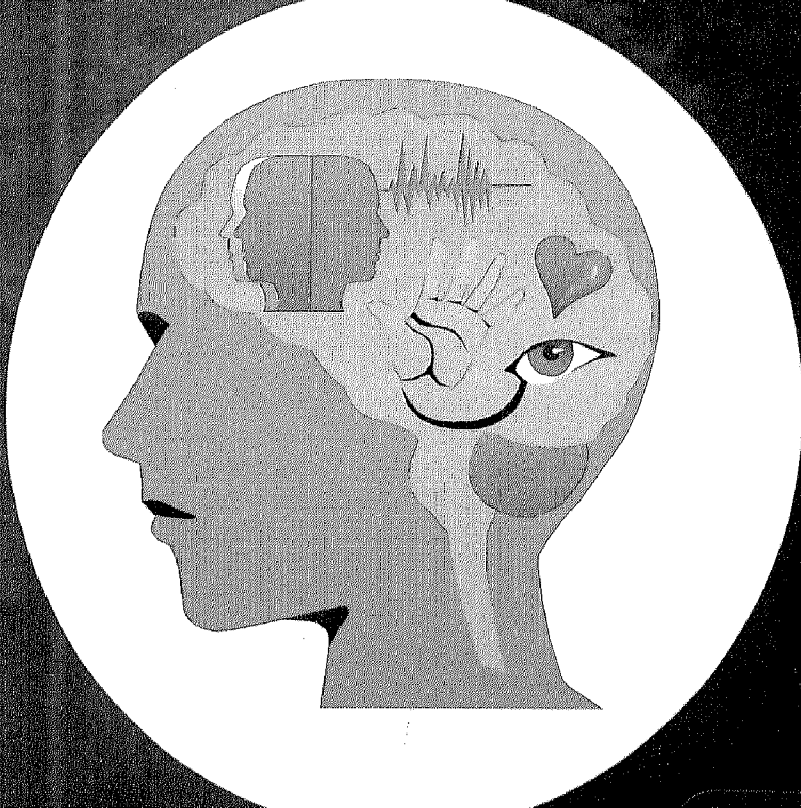
اضطراب الانتباه لدى الأطفال

أسبابه وتشخيصه وعلاجه



تأليف

...ور
... سيد احمد

دكتورة
فائقة محمد بدر

توزيع مكتبة النهضة المصرية
٩ ش عدلى - القاهرة

الطبعة الأولى
١٤١٩هـ - ١٩٩٩م

اضطراب الانتباه لدى الأطفال

أسبابه وتشخيصه وعلاجه

تأليف

دكتور
السيد على سيد احمد

دكتورة
فائقة محمد بدر

الطبعة الأولى
١٤١٩هـ - ١٩٩٩م

توزيع مكتبة النهضة المصرية
٩ش عدلى - القاهرة

الطبعة الأولي

١٤١٩ هـــ - ١٩٩٩م

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ أَلَا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ ﴾

صدق الله العظيم

(الآية ١٤ من سورة الملك)

الفهـــــــرس

الفهـــــــــرس

الفهـــــــرس

مقدمـــه

يُعدّ اضطراب الانتباه [١] من الاضطرابات الشائعة بين الأطفال حيث إنه ينتشر بين(١٠٪) تقريباً من أطفال العالم.

كما أن مصطلح هذا الاضطراب لم يتم تحديده تحديـــداً دقيقـــاً إلا فـــى الثمانينات من هذا القرن ، ومع ذلك فقد اهتم الطب النفســـــى بدراســـة هـــذا الاضطراب ، إلا أنه ركز فى دراسته على الأسباب العضوية والعلاج الكيميائى، أما فى علم النفس فنجد أن الدراسات التى تناولت هذا الاضطراب تعد علـــى أصابع اليد الواحدة ، كما أنه – فى حدود علمنا – لا توجد أية مراجع عربية فى علم النفس عالجت هذا الموضوع ، وهذا هو أحد أسباب اهتمامنا بإنتـــاج هذا العمل العلمى المتواضع لسد العجز فى هذا المجال .

وفضلاً عن ذلك فإن الغالبية العظمى من الآباء والمعلمين إمـــا أنهـــم ليست لديهم معلومات عن هذا الاضطراب ، أو أن معلوماتهم عنه غير كافية ، ولذلك فإنهم يصفون الأطفال المصابين بهـــذا الاضطـــراب بـــأنهم عدوانيـــون ومعاندون ومشاكسون وكثيرو الحركة ، أو أنهم لديهم صعوبـــات تعلـــم ، أو تأخر دراسى .

---

(١)إن مصطلح هذا الاضطراب الذى ورد فى دليل التشخيص الإحصائى الرابـــع للاضطرابـــات العقلية (DSM-IV) الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية عام ١٩٩٤م هـــو: Attention Deficit Hyperactivity Disorder(ADHD) بمعنى اضطراب عجـــز الانتبـــاه المصحـــوب بنشاط حركى مفرط، ونظراً لطول هذا المصطلح، لذلك سوف نختصره ونشير إليه بـــاضطراب الانتباه ، وسوف نتبع ذلك فى كل ما يرد عنه فى هذا الكتاب علماً بأننا نقصد بـــه المصطلـــح الأساسى وهو : اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركى مفرط .

والجدير بالذكر أن هذا الاضطراب يحظى باهتمام كبير في أمريكا والدول الغربية حيث توجد هناك عيادات متخصصة لعلاج هذا الاضطراب يعمل فيها متخصصون متمرسون لديهم خبرة وفيرة عن أسباب وأعراض وعلاج هذا الاضطراب ، كما نجد هناك أيضاً في المدارس حجرات دراسية مجهزة لهؤلاء الأطفال لكي يتلقون فيها دروسهم وفقاً لبرامج تربوية خاصة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وفضلاً عن ذلك فهناك أيضا العديد من الجمعيات الأهلية الخاصة بهذا الاضطراب والتي يتكون أعضاؤها من والدي الأطفال الذين يعانون منه ، حيث تقوم هذه الجمعيات بعقد الندوات العلمية التي يحاضر فيها متخصصون متميزون ، كما تعقد أيضاً الدورات التدريبية لهؤلاء الآباء بهدف تدريبيهم على كيفية التعامل والتفاعل الصحيحة مع طفلهم الذي يعاني من هذا الاضطراب ، وكذلك تدريبهم على كيفية التخلص من سلوكه المشكل ، وتعليمه مهارات التفاعل الاجتماعي الإيجابي .

أما في الوطن العربي فنجد أنه – في حدود علمنا – لا توجد مثل هذه الجمعيات الأهلية ، كما أن المدارس لا توجد بها حجرات دراسية مجهزة لهؤلاء الأطفال ، أو برامج تربوية خاصة بهم ، كما أن الغالبية العظمى من العاملين في المجال التعليمي من معلمين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين ليست لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ، هذا إن لم تكن ليست موجودة بالفعل .

ونتيجة لكل ما سبق رأينا أن نقوم بهذا العمل العلمي المتواضع الذي نهدف من ورائه تقديم بعض المعلومات البسيطة عن هذا الاضطراب لسد العجز في هذا المجال ، ولذلك فإن معالجتنا لهذا الكتاب قد تمت في ثمانية فصول ، وهي كما يلي :

الفصل الأول : وقد تناولنا فيه تعريف الانتباه،ومكوناته ، وتصنيفه ، وخصائصه والعوامل التى تؤدى إلى جذب الانتباه ، والعوامل التى تؤدى إلى تشتته .

الفصل الثانى : وقد عرضنا فيه نبذة تاريخية عن تحديد هذا الاضطراب ومعدل انتشاره بين الأطفال ، ثم تناولنا الأسباب التى تكمن وراءه.

الفصل الثالث : وقد ذكرنا فيه أعراض هذا الاضطراب وفقاً لكل مرحلة عمرية من مراحل الطفولة المختلفة ، ثم أشرنا إلى هذا الاضطراب لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، وتلا ذلك عرض لمعايير تشخيصه الواردة فى دليل التشخيص الإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية D S M – IV الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية عام (١٩٩٤) .

الفصل الرابع : وقد عالجنا فيه الاضطرابات الأخرى المصاحبة لهذا الاضطراب حيث تناولنا الاضطرابات السلوكية ، والانفعالية ، واضطراب النوم، وعدم القدرة على التوافق الاجتماعى .

الفصل الخامس : وقد عرضنا فيه المشكلات التعليمية التى تصاحب هذا الاضطراب والتى تتعلق بكل من صعوبات التعلم ، والتأخر الدراسى .

الفصل السادس : وقد أشرنا فيه إلى طرق علاج هذا الاضطراب حيث عرضنا لكل من العلاج الطبى ، والسلوكى ، والنفسى ، والتربوى ، والأسرى ، وأخيراً أشرنا إلى علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً .

الفصل السابع : وقد عرضنا فيه البرامج التى يستخدمها الوالدان

لتدريب أطفالهم على تعديل سلوكهم المشكل وإكسابهم مهارات التفاعل الاجتماعي الايجابى ، وقد اقتصر عرضنا على ثلاثة برامج هى الأكثر شيوعاً منذ عام (١٩٧٠) حتى الآن فى تدريب الوالدين لأطفالهم الذين يعانون من هذا الاضطراب .

الفصل الثامن : وقد قدمنا فيه بعض الإرشادات لمعلمى ووالدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب حتى يمكنهم مساعدتهم على تخفيف حدة أعراض هذا الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال ، وتعديل السلوك المشكل لديهم .

وأخيراً ختمنا هذا الكتاب بقائمة من المراجع العربية والأجنبية التى استعنا بها ، ونأمل أن يحقق هذا الكتاب الأهداف المرجوة منه ، والله من وراء القصد .

٢٢من رمضان ١٤١٩هـ
الموافق ١٠/١/١٩٩٩م

المؤلفان

د/ السيد على سيد احمد   د/ فائقة محمد بدر

الفصل الأول

الانتباه

المحتويات

- تعريف الانتباه
- أشكال الانتباه
- مكونات الانتباه
- خصائص الانتباه
- العوامل التى تؤدى الى جذب الانتباه
- العوامل التى تؤدى الى تشتت الانتباه

(١٥)

تعريف الانتباه

يعتبر الانتباه من أهم العمليات العقلية التى تلعب دوراً هاماً فى النمو المعرفى لدى الفرد حيث إنه يستطيع من خلاله أن ينتقى المنبهات الحسية المختلفة التى تساعده على اكتساب المهارات وتكوين العادات السلوكية الصحيحة بما يحقق له التكيف مع البيئة المحيطة به.

وينقسم الانتباه من حيث مصدر استقباله إلى انتباه سمعى، وبصرى، وشمى، ولمسى، وتذوقى، ولذلك يطلق على الانتباه الذى يتم من خلال حاسة السمع بالانتباه السمعى، كما يطلق على الانتباه الذى يتم من خلال حاسة البصر بالانتباه البصرى .... وهكذا.

ويمكن أن تحدث عملية الانتباه من خلال حاسة واحدة فقط مثل عملية الانتباه البصرى للصور والتماثيل ، كما يمكن أن تشترك أكثر من حاسة فى عملية الانتباه لمثير معين ، كما يحدث مثلاً عند مشاهدة الفرد لمباراة كرة قدم حيث تكون هناك عملية انتباه بصرى لتنقلات الكرة وتحركات اللاعبين، كما يكون هناك أيضاً انتباه سمعى لتعليق المذيع على المباراة.

ولقد اهتم علماء النفس التجريبيون من مدرسة فونت بالانتباه باعتباره الخاصية المركزية للحياة الذهنية ومهمته الأساسية هى: توضيح مضامين أو محتويات الوعى وتحويل الإحساس إلى إدراك وفهم من خلال استبطان الخبرة الشعورية، ولقد ظل الحال على هذا المنوال حتى ظهرت المدرسة السلوكية ورفضت النظر إلى الانتباه باعتباره كيف الوعى أو مضمونه، ورأت أنه تركيز وانتقاء يمكن ملاحظته، وبعد ذلك جاء برودنت ليقدم نظرية عن الانتباه الإدراكى حيث قدمت هذه النظرية تفسيراً لانتقاء الانتباه مستمداً من نظرية

الاتصال على أساس تصور أن المعلومات الواردة من الحواس جميعـاً تدخـل مصفاة تمر بعنق زجاجة، أو قناة ضيقة تتحكم فى توصيل عدد محـدود مـن النبضات العصبية إلى المخ، أما باقى التنبيهات فيمكن أن تظـل فـى مخـزن التذكر قريب المدى حيث يمكن استدعاؤها خلال بضع ثوان، بعدها تبـدأ فـى التضاؤل والتلاشى (عبد الحليم محمود السيد وآخرون ١٩٩٠).

فالانتباه إذاً هو ملاحظة فيها اختيار وانتقاء، ونحـن حينمـا نحصـر انتباهنا أو نركز شعورنا فى شيء فإننا نصبح فى حالة تهيؤ ذهنى، وحينمـا ينتبه الشخص لشيء ما فإن أعضاء حسه تتكيف لاسـتقبال المنبهـات مـن موضوع الانتباه أى للشيء الذى احتل بؤرة الشعور فيكـون إدراكـه أكـثر وضوحاً عما يحيط به، كما أن تذكره يكون أفضل (حلمـى المليجـى ١٩٨٣)، (أنور الشرقاوى ١٩٩٢).

والانتباه يسبق الإدراك ويعد له، أى أنه يهيء الفرد للإدراك، فإذا كان الانتباه يرتاد ويتحسـس ، فإن الإدراك يكشف ويتعرف (أحمد عـزت راجـح ١٩٨٥).

أشكال الانتباه

لقد أشار بورن ، وزملاؤه (Bourne, et al, 1979) إلى أن علماء النفس المعرفيين قد بينوا أن الانتباه يوجد فى عدة أشكال كما يلى:

فأما عن الشكل الأول: فهو الذى يكون فيه الانتباه موزعاً بين عدد من المنبهات، وأما الشكل الثانى فإنه يتعلق بعملية توجيه الانتباه وانتقائه لمنبـه معين من بين المنبهات التى تقع فى مجال وعى الفرد، وهذه العملية الأخـيرة تسمى انتقاء الانتباه، وأما عن الشكل الثالث فإنه يتعلق بعملية اليقظـة حيـث

يكون الشخص يقظاً جداً، وفى هذه الحالة ينتقل الانتباه بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة لكى ينتقى منها المنبه الذى يهتم به الشخص. ولعل ذلك يتضح فى سلوك السائق الغريب حينما يقترب من تقاطع الطريق حيث نجده يبحث عن المنبهات البصرية التى تشير إلى أو تشترك مع إشارات الطريق مثل اللون والشكل والحجم والإشارات، فإذا كانت هذه المنبهات قريبة من بعضها فإن انتباه السائق سوف ينتقل بسرعة بينها ويحول معانيها إلى إشارات مفهومة يسترشد بها السائق .

وأخيراً فإننا نتفق مع ما بينه كل من إريكسن، ويه (Eriksen & Yeh,1985) بأن الانتباه هو التركيز الواعى للشعور على منبه واحد فقط وتجاهل المنبهات الأخرى التى توجد معه وهذا يطلق عليه الانتباه المركز أو الانتقائى، أو أنه توزيع الانتباه بين منبهين أو أكثر وهذا الأخير يطلق عليه الانتباه الموزع.

مكونات الانتباه

يتكون ميكانيزم الانتباه من البحث ، والتصفية ، والاستعداد للاستجابة، وهى كما يلى :

١- البحث :

إن عملية البحث هى محاولة تحديد موقع المنبه فى المجال البصرى (Enns & Cameron , 1987)، ولقد أوضح بوسنر وزملاؤه (Posner, et al, 1980) أنه يوجد نوعان من البحث : فالنوع الأول: هو البحث خارجى المنشأ وهذا النوع من البحث يحدث لا إراديا مثل الانتباه المفاجئ لضوء خاطف ظهر فى المجال البصرى ، وأما النوع الثانى: فهو

البحث داخلى المنشأ وهذا النوع يشير إلى عملية البحث الاختيارية المخططة لمثير أو منبه ذى صفات محددة .

كما بين كل من تريسمان ، وجور ميكان (Treisman & Gormican, 1988) أن البحث ينقسم إلى نوعين هما المتوازى ، والمتسلسل ، فالبحث المتوازى هو الذى يحدث عندما يريد الشخص تحديد منبه معين من بين عدة منبهات تتشابه أو تشترك معه فى صفة أو أكثر مثل اللون ، والطول ، والاتجاه ، أما البحث المتسلسل فهو الذى يحدث عندما يريد الشخص تحديد منبه معين من خلال متابعته فى عدة مراحل أو خطوات خلال فترة زمنية محددة.

وتحدث عملية البحث لصفة فى المثير الهدف مختلفة عن الصفات الموجودة فى المثيرات الأخرى التى تقع معه فى المجال البصرى مثل اختلاف اللون،أو درجة نصوعه،أو الحركة،أو الشكل (Enns & Brodeur ,1989) (Bundesen , 1990) ، ولقد بين كل من كولر ، ومارتن (Kowler & Martins , 1982) أن عملية البحث تتحسن لدى الأطفال بتقدم أعمارهم .

٢ـ التصفية :

يبين كل من إينيس ، كاميرون (Enns & Cameron,1987) أن عملية التصفية هى عملية انتقاء لمثير ما، أو لصفة محددة وتجاهل المثيرات أو الصفات الأخرى التى توجد فى مجال إدراك الفرد، ويتفق باندسين(Bundesen,1990) ، مع هذا الرأى حيث يشير إلى عملية التصفية على أنها عملية انتقاء واختيار لمنبه معين من بين المنبهات التى تقع فى مجال إدراك الشخص .

ويوضح إينس (Enns , 1990) أن الدراسات الحديثة بينت أن عملية التصفية تتحسن لدى الأطفال مع تقدم أعمارهم ، ولقد قام كل من إينس ، وكاميرون (مرجع سابق) بدراسة هدفت إلى فحص عمليه التصفية لدى الأفراد فى الأعمار المختلفة ، وقد كان متوسط هذه الأعمار ٤ سنوات ، ٧ سنوات ، ٢٤ سنة ، وكان يطلب من المفحوص الاستجابة بسرعة إلى المثير الهدف الذى إما أن يظهر وحده على شاشة العرض (بدون تصفية) ، أو يظهر مع مثيرات أخرى مشوشة ، وقد أشارت النتائج إلى أن عملية التصفية مرتبطة بالعمر ، بمعنى أنها تتحسن مع تقدم أعمار المفحوصين .

٣ـ الاستعداد للاستجابة :

يذكر كل من إينس ، وكاميرون (Enns & Cameron , 1987) بأن عملية الاستعداد للاستجابة قد تسمى أحياناً بالتهيئة ، أو بتوقع ظهور الهدف ، أو تحويل الانتباه للهدف ، وهى تشير إلى محافظة الفرد على الإستراتيجية التى استجاب بها للهدف السابق لكى يستجيب بها للهدف القادم ، أو تغييرها وتعديلها .

بينما يرى (Enns , 1990) أن التهيئة هى استعداد العمليات الانتباهيه للاستجابة للمثير الهدف وفقاً للمعلومات السابقة عن موقعه ، وعما إذا كانت معه مثيرات مشوشة من عدمه .

تصنيف الانتباه

لقد قام العلماء بتصنيف الانتباه وفقاً لعدة عوامل هى : موقع المثيرات، وعددها، وطبيعة المنبهات، ومصدر التنبيه.وهذا ما سوف نعالجه فيما يلى :

أولاً : من حيث موقع المثيرات

يرى كل من فنجستن ، وكـــارفر (Fenigestein and Carver, 1978) أن الانتباه ينقسم من حيث موقع مثيراته إلى انتباه إلى الذات ، وانتباه إلى البيئة وهى كما يلى :

١- **الانتباه إلي الذات** : وهو تركيز الانتباه على مثيرات داخليـــة صـــادرة مـــن أحشاء الفرد وعضلاته ومفاصله وخواطر ذهنه وأفكاره .

٢- **الانتباه إلي البيئة** : وهو تركيز الانتباه على مثيرات فى البيئة الخارجية بعيداً عن ذات الفرد مثل المثيرات الاجتماعية ، والمثيرات الحسية المختلفة ســواء كانت سمعية ، أو بصرية ، أو شمية ، أو لمسية ، أو تذوقية .

ثانياً : من حيث عدد المثيرات

ينقسم الانتباه من حيث عدد المثيرات إلى صنفين كما يلى :

١- **الانتباه لمثير واحد** : وهو انتقاء الفرد لمثير واحد وتركيز الانتباه عليه وذلك مثل انتقاء مثير بصرى له مواصفات محددة وإهمال المثيرات الأخرى التـــى تقع معه المجال البصرى للفرد .

٢- **الانتباه لأكثر من مثير** : وهذا النوع من الانتباه يتطلب سعة انتباهية عاليـــة حيث يقوم الفرد بتركيز انتباهه على أكثر من مثير فى المجال البصـــرى ، أو السمعى ، أو كليهما معا مثل السائق الذى يقود سيارته ويستمع لبرنامج معين فى الراديو ، وهذا النوع من الانتباه يتطلب جهداً عقلياً حتى يســتطيع الفــرد الاحتفاظ بتنبيه هذه المثيرات (Peter, et al, 1989) .

ثالثاً : طبيعة المنبهات

ينقسم الانتباه من حيث طبيعة منبهاته إلى ثلاثة أنواع وهى كما يلى :

١ـ الانتباه الإرادى : يحدث هذا النوع من الانتباه عندما نقصد توجيه انتباهنا بإرادتنا إلى شيء محدد ، وهذا النوع يتطلب مجهوداً ذهنياً من الفرد لأن استمراره مدة طويلة يتطلب وجود دافع قوى لدى الفرد يدفعه لاستمرار بذل الجهد الذهنى .

٢ـ الانتباه اللا إرادى : يحدث هذا النوع من الانتباه عندما تفرض بعض المنبهات الداخلية أو الخارجية ذاتها على الشخص مثل سماع صوت انفجار عالٍ، وهذا النوع لا يتطلب مجهوداً ذهنياً لأن المنبه هنا يفرض نفسه على الفرد ويرغمه على اختياره و التركيز عليه دون سواه من المنبهات الأخرى .

٣ـ الانتباه الاعتيادى (التلقائى) : وهو التركيز المعتاد والتلقائى لوعى الفرد على مثير ما ، أو عدة مثيرات ، وهذا النوع لا يتطلب جهداً من الفرد لأن الفرد ينتبه إلى الأشياء التى اعتاد من قبل على الاهتمام بها ، والتى تتفق مع ميوله واهتماماته (عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، ١٩٩٠).

رابعاً : من حيث مصدر التنبيه :

ينقسم الانتباه من حيث مصدره إلى انتباه سمعى ، وانتباه بصرى ، وانتباه شمى ، وانتباه لمسى ، وانتباه تذوقى .

خصائص الانتباه

إن طبيعة الانتباه هى الحركة والتغير وعدم الثبات ، ونظراً لأن الأشياء التى تجذب انتباهنا تكون فى معظمها إما متحركة أو معقدة ، لذلك

سنعرض بعض خصائص الانتباه التى تمكن الشخص من الانتباه للمنبهات المختلفة فيما يلى :

١- الانتباه عملية إدراكية مبكرة : يهتم الإحساس بالمثيرات الخام ، بينما يهتم الإدراك بإعطاء هذه المثيرات تفسيرات ومعانى مختلفة ، أما الانتباه فإنه يقع فى منزلة بين الإحساس والإدراك ، ولذلك يطلق على الانتباه بأنه عملية إدراكية مبكرة (فؤاد أبوحطب ، عبد الحليم محمود، ١٩٩٣).

٢- الإصغاء : وهو الخطوة الأولى فى عملية تكوين وتنظيم المعلومات ، حيث إن استكشاف البيئة المحيطة يتطلب من الفرد الإصغاء لبعض الأحاديث أو الأفعال وتركيز الانتباه عليها (Friedman & kock, 1985) .

٣- الاختيار والانتقاء : إن الفرد لا يستطيع أن ينتبه لجميع المنبهات المتباينة دفعة واحدة ، ولكنه ينتقى ويختار منها ما يناسب حاجاته وحالته النفسية ، أى أن الانتباه هو اختيار لأحد أو لبعض المنبهات الحسية من بين المنبهات الأخرى سواء كانت فى البيئة الخارجية أو الداخلية .

٤- عملية الإحاطة : وهى العملية ذات الأساس الحسى والتى قد تكون سمعية أو بصرية ، والتى تتمثل إما فى تحركات العينين معا عبر المكان أو الصور التى تواجههما ، وإما فى إنصات الأذن لكل ما يصل إليها من أصوات ومحاولة جمع شتاتها. أى أن الإحاطة تعتبر عملية مسح للعناصر التى توجد بهذا المكان، وللأصوات التى تصدر الآن (عبد الحليم محمود وآخرون ، ١٩٩٠) .

٥- التركيز : يتمثل التركيز فى اتجاه الشخص بفاعلية أو إيجابية واهتمام إلى إشارات أو تنبهات حسية معينة ، وإهمال إشارات أخرى ، ويكون دائما قصدياً

وبؤرياً ، وقد يكون مركزاً على منبه واحد من المنبهات التى تقع فى مجال إدراك الفرد ، أو منتشراً بحيث يستطيع الشخص الاحتفاظ بمشاهدة مبعثرة عبر كل شئ يحدث حوله ، أو أن يتبنى الشخص موقفاً وسطاً.

٦ـ **التعقب** : وهو الانتباه المتصل (غير المتقطع) لمنبه ما ، أو التركيز على تسلسل موجه للفكر عبر فترة زمنية ، والمستوى المعقد فيه يبدو فى القدرة على التفكير فى فكرتين أو أكثر ، أو نمطين من المنبهات أو أكثر فى وقت واحد وعلى نحو متتابع دون خلط بينهما أو فقدان لإحداهما ، وهذا البعد ضرورى فى حل المشكلات التى تقتضى تداعياً متسلسلاً مثل الحساب المركب أو نسج خيوط قصة معقدة ، أو رسم اتجاهات فى خريطة طرق (سهير فهيم الغباشى ،١٩٨٠).

٧ـ **التموج** : وهو يعنى أن المثير مصدر التنبيه رغم استمرار وجوده ، فإن تأثيره يتلاشى إذا ظهر مثير دخيل ، ثم يعود المثير الرئيسى فى الظهور مرة أخرى عندما ينتهى وجود المثير الدخيل .

٨ـ **التذبذب** : وهو يعنى أن مستوى شدة المثير مصدر التنبيه يتذبذب ، ولعلنا نلاحظ ذلك أثناء متابعة الفرد لفيلم سينمائى ، حيث إن انتباهه يتذبذب بين الشدة والضعف وفقاً لاختلاف قوة أحداث الفيلم (أحمد زكى صالح ، ١٩٨٨) .

العوامل التى تؤدى إلي جذب الانتباه

تنقسم العوامل التى تؤدى إلى جذب الانتباه إلى قسمين : الأول منها يتعلق بخصائص المنبه وظروف الموقف الذى يظهر فيه وهذه يطلق عليها العوامل الخارجية ، أما الثانى فإنه يتعلق بالعوامل الذاتية التى تتصل بشخصية الفرد ودوافعه وميوله ، واهتماماته ، وحالته الجسمية والنفسية وتلك يطلق

عليها العوامل الداخلية ، وكثيراً ما يتفاعل النوعان معا وهذه العوامل هى:

أولاً : العوامل الخارجية

١- الحركة : إن الأشياء المتحركة تجذب الانتباه إليها عن الأشياء الساكنة ، كما أن اكتشاف الحركة الذى يعتمد على الخلايا العضوية يجعل الحركة تمثل تنبيها يتسم بفاعلية ذات طابع خاص فى الليل حيث تكون الخلايا العضوية أكثر فاعلية ، كما أن الحركة المفاجئة والسريعة تجذب الانتباه .

٢- تغير المنبه : إن المنبه المتغير يكون أكثر جذباً للانتباه من المنبه الثابت الذى يظل على حال واحد ، أو سرعة واحدة ، كما أن تغير المنبه من حيث الشدة أو الحجم أو الموضوع أو عمله وتوقفه له أثر كبير فى جذب الانتباه ، فكلما كان التغير فجائياً كلما زاد أثره فى جذب الانتباه إليه ، فعلى سبيل المثال نحن لا نشعر بدقات الساعة المنتظمة التى توجد فى حجرة المكتب ، ولكنها إذا توقفت فجأة فإنها تجذب الانتباه إليها .

٣- موقع المنبه : إن مكان أو موقع المنبه يؤثر فى جذب الانتباه إليه ، وقد بينت نتائج عدد من الدراسات أن القارئ العادى يكون أكثر انتباهاً للنصف الأعلى من صفحات الجريدة التى يقرؤها أكثر من نصفها الأسفل ، كما أن القارئ يكون منتبهاً إلى النصف الأيمن أكثر من النصف الأيسر(لقراء اللغة العربية ، والعكس صحيح لقراء اللغة الانجليزية) ، كما أن الصفحتين الأولى والأخيرة تجذب الانتباه أكثر من الصفحات الداخلية ، كما أن أحسن موقع لإثارة الانتباه هو أن يكون المنبه أمام العين مباشرة .

٤- حجم المنبه : إن الأشياء ذات الأحجام الكبيرة تجذب الانتباه إليها أكثر من الأشياء ذات الأحجام الصغيرة ، وهذا ما لاحظه المتخصصون فى الإعلانات

التجارية حيث وجدوا أن الإعلانات كبيرة الحجم تكون أكثر إثارة للانتباه من الإعلانات صغيرة الحجم ، وأن الكلمات المكتوبة بحروف كبيرة تكون أكثر إثارة للانتباه من الكلمات المكتوبة بحروف صغيرة (عبد الحليم محمود، ١٩٩٠).

٥- **شدة المنبه** : إن المنبهات الشديدة تجذب الانتباه إليها أكثر من المنبهات الأقل شدة ، ولذلك فإن الضوضاء الصاخبة والألوان الزاهية ، والروائح النفاذة والضغط الشديد على الجلد تعتبر منبهات شديدة .

٦- **الاعتياد** : إن التنبيهات التى تعود الشخص عليها تجذب الانتباه إليها رغم كل ما يحيط بها من صخب أو ضوضاء (دينيس تشايلد ، ١٩٨٣) .

٧- **طبيعة المنبه** : يختلف الانتباه باختلاف طبيعة المنبه أى من حيث نوعه وكيفيته هل هو منبه سمعى ؟ ، أو بصرى ؟ ، وإذا كان المنبه بصرياً فهل هو صورة لإنسان ؟ أم لحيوان ؟ أم لجماد ؟ ، وإذا كان المنبه سمعياً فهل هو غناء أو قصة أو قطعة موسيقية ؟ ، وقد بينت نتائج الأبحاث التى أجريت فى هذا المجال أن الصور أكثر إثارة للانتباه من الكلمات ، وأن صور الإناث أكثر إثارة لانتباه الرجال، وصور الرجال أكثر إثارة لانتباه الإناث ، كما أن صور الناس أكثر إثارة للانتباه من صور الجماد (أحمد عزت راجح ، ١٩٨٥) .

٨- **حداثة المنبه** : إن المنبهات الجديدة التى تدخل خبرة الفرد لأول مرة تجذب انتباهه إليها أكثر من المنبهات المألوفة لديه (محمد عثمان نجاتى ، ١٩٨٣) ، لأن المنبهات الشاذة أو غير المألوفة تؤدى إلى جذب الانتباه إليها حيث يقوم الشخص بعمل نوع من المقارنة بينها وبين المنبهات المألوفة (Berlyne,1974).

٩ـ تكرار المنبه : إن تكرار حدوث المنبه أو إعادة عرضه يؤدى إلى جذب الانتباه إليه ، ولذلك نجد أن تكرار الإعلانات التى تظهر على مسافات مختلفة فى الطريق تجذب انتباه سائقى السيارات .

١٠ـ التباين أو التضاد : وهو اختلاف الشكل عن الأرضية ، وهذا الاختلاف يؤدى إلى جذب الانتباه ، فقد لوحظ أن الإعلانات تجذب الانتباه إذا كانت تحتوى على خطوط بيضاء وأخرى سوداء ، كما أن النقط الحمراء تجذب الانتباه إليها إذا كانت وسط أرضية سوداء ، ولذلك اتجه رجال الإعلانات إلى اختصار تفاصيل الإعلانات وزحمتها فى عدد قليل من الخطوط ذات الألوان المتباينة الزاهية (محمد عثمان نجاتى ، ١٩٨٣).

١١ـ الحاجة الزائدة للتنسيق : وهذه الحاجة الملحة للتنسيق تأتى بسبب سرعة حدوث المنبه من جهة ، ومن جهة أخرى بسبب زيادة نسبة صعوبة وتعقد المنبه، وطالما أن الشخص منتبه بالفعل فإن سرعة وقوع المنبه تؤدى إلى زيادة الانتباه إليه بصورة كبيرة وذلك لمتابعة حدوث المنبه نفسه ، كما أن زيادة صعوبة وتعقد المنبه تؤدى أيضاً إلى زيادة التركيز على مكوناته (Morgan & Pollock, 1977) .

ثانياً : العوامل الداخلية

تنقسم العوامل الداخلية التى تؤثر على انتباه الفرد لموضوعات معينة دون سواها إلى عوامل مؤقتة وأخرى مستديمة ، وهى كما يلى :

١ـ العوامل المؤقتة :

أ ـ التهيؤ الذهنى : وهو تهيئة الذهن لاستقبال منبهات معينه دون غيرها مثل

حالة انتظار الشخص لشخص آخر يهمه قدومه إليه ، ولذلك يجـذب انتباهـه أصوات الأقدام ، أو رنة جرس الباب (حلمى المليجى، ١٩٨٣) .

ب- النشاط العضوى : إن النشاط العضوى يؤدى إلى جذب انتبـاه الفـرد إلـى الداخل (إلى الذات) وأبسط مثال على ذلك هو أننا جميعاً نشكو من الألم الشديد الذى يصعب إبعاده من منطقة الشعور ، كما أننا جميعاً لدينا مشاعر وعواطف يصعب تجاهلها ، ومن الواضح أن مثل هذه المنبهات تجذب الانتباه نحو نفسها (Carver & Scheier,1991) .

جـ- الدافع : إن دوافع الإنسان لها أهمية كبيرة فى توجيه انتباهه إلى الأشـياء الملائمة لإشباعها. فعلى سبيل المثال نجد أن الشخص الجائع عندما يمشى فى طريق عام فإنه يكون أكثر انتباهاً إلى لافتات المطاعم ورائحة الطعام ، كما أن العطشان يكون أكثر انتباهاً للماء أو للمشروبات الأخرى .

٢- العوامل المستديمة :

أ- مستوى الاستثارة الداخلية : إن عملية الاسـتثارة الداخليـة تجـذب انتبـاه الشخص لمنبه معين ، ويرتبط الانتباه بمستوى الاستثارة الداخليـة ارتباطـاً موجباً بمعنى أن الانتباه يرتفع إذا ما ارتفع مستوى الاستثارة الداخليـة لـدى الفرد ، والعكس صحيح.

ب- الميول والاهتمامات : تعتبر ميول واهتمامات الأفراد من أهم العوامل الداخلية التى تؤثر على الانتباه ، فانتباه الشخص لموضوعات معينة فى البيئة المحيطة تتحدد من خلال ميوله واهتماماته ودوافعه ، فعند سماع أغنية مثـلاً نجـد أن الشخص الذى لديه ميول شعرية ينتبه إلى كلمات الأغنيـة ، بينمـا نجـد أن الشخص الذى يهوى الموسيقى ينتبه إلى الموسيقى ، وهكذا .

جـ- الراحـة والتعـب : ترتبط اليقظة والانتباه بالراحة الجسمية والنفسية فى حين يؤدى التعب إلى نفاذ الطاقة الجسمية والعصبية وضعف القدرة علـــى تركـــيز الانتباه .

العوامل التى تؤدى إلى تشتت الانتباه

تنقسم العوامل المشتتة للانتباه إلى عوامل اجتماعية ونفسية وجسمية وفيزيقية وهى كما يلى :

١- العوامل الاجتماعية : هناك عدد من العوامل الاجتماعية التـــى تـــؤدى إلـــى تشتت انتباه الفرد منها النزاع المستمر بين الوالدين ، أو العسر الـــذى يجـــده الفرد فى علاقاته الاجتماعية بالآخرين ، أو الصعوبـــات الماليـــة والمتـــاعب العائلية المختلفة التى تجعل الفرد يلجأ إلى أحلام اليقظة لكى يجد فيها مهربـــاً من هذا الواقع الأليم ، ويلاحظ أن الأثر النفسى لهذه العوامل يختلف باختلاف قدرة الناس على التحمل والصمود .

٢- العوامل النفسية : هناك بعض العوامل النفسية التـــى تـــؤدى إلـــى تشـــتت الانتباه مثل عدم ميل الطالب إلى مادة معينة ، وهذا يؤدى إلى عدم اهتمامـــه بها، وأيضاً انشغال فكر الطالب الشديد فى أمور أخرى سواء كانت اجتماعيـــة أو عائلية ، وأيضاً إسرافه فى التأمل الذاتى ، أو لأنه يشكو لأمـــر مـــا مـــن مشاعر أليمة بالنقص أو بالقلق (عبد الحليم محمود وآخرون، ١٩٩٠).

٣- العوامل الجسمية : قد يرجع تشتت الانتباه إلى الإرهاق والتعب الجسمى ، أو لعدم النوم بالقدر الكافى ، أو لعدم الانتظام فى تناول وجبات الطعام ، أو لسوء التغذية ، أو لاضطراب إفرازات الغدد الصماء ، وهذه العوامل من شـــأنها أن تنقص حيوية الفرد ، وأن تضعف قدرته على مقاومة ما يشتت انتباهه .

٤ـ **العوامل الفيزيقية** : إن من أهم العوامل الفيزيقية التى تـؤدى إلـى تشـتت الانتباه ضعف الإضاءة أو سوء توزيعها ، وأيضاً سوء التهويـة ، وارتفـاع درجة الحرارة والرطوبة ، وكذلك الضوضاء . وهذه العوامل تؤدى إلى سرعة تعب الفرد وزيادة قابليته للتهيج ، وبالتالى ضعف قدرته على الانتباه (حلمـى المليجى، ١٩٨٣) .

الفصل الثانى

اضطراب الانتباه وأسبابه

المحتويات

- تعريف اضطراب الانتباه
- تحديد مصطلح اضطراب الانتباه
- معدل انتشار اضطراب الانتباه
- أسباب اضطراب الانتباه

تعريف اضطراب الانتباه

يختلف مستوى الانتباه لدى الأفراد تبعاً لسلامة كل من الحواس ، والناقلات العصبية الحاسية ، ومركز الانتباه فى الجهاز العصبى المركزى بالمخ، ولذلك نجد أن هناك بعض الأفراد لديهم مستوى مرتفع فى الانتباه وبعضهم الآخر لديه مستوى منخفض فيه .

ويعانى بعض الأطفال من اضطراب الانتباه والذى يتضح من خلال عدم قدرتهم على التركيز على المنبهات المختلفة لمدة طويلة ، ولذلك فإنهم يجدون صعوبة فى متابعة التعليمات وإنهاء الأعمال التى يقومون بها، كما أن لديهم ضعفاً فى القدرة على التفكير مما يجعلهم يخطئون كثيراً ، كما أن حديثهم فى الحوار يكون غالباً غير مترابط .

ويتسم هؤلاء الأطفال بالاندفاعية ولذلك نجدهم يجيبون عن الأسئلة قبل استكمالها ، كما يقومون ببعض السلوكيات التى تؤذى الآخرين ، أو تعرضهم أنفسهم للمخاطر دون أن يضعوا فى اعتبارهم العواقب الوخيمة المترتبة على مثل هذه السلوكيات مثل القفز من أماكن مرتفعة أو الجرى فى شارع مزدحم بالسيارات دون النظر إلى الطريق.

ودائماً ما يكون اضطراب الانتباه لدى هؤلاء الأطفال مصحوباً بنشاط حركى مفرط مما يجعلهم يتحركون بكثرة وعشوائية فى المكان الذى يوجدون فيه وذلك بدون سبب أو هدف واضح، وهؤلاء الأطفال يشخصون فى الطب النفسى بأنهم يعانون من اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط مفرط . (Carlson, et al, 1995)

تحديد مصطلح اضطراب الانتباه :

يعتبر مصطلح اضطراب الانتباه من المصطلحات الحديثة حيث إنه لم يتم التحديد الدقيق لهذا الاضطراب إلا في بداية الثمانينات من هذا القرن ، حيث كان يشخص قبل ذلك على أنه إما ضعف في القدرة على التعلم، أو أنه خلل بسيط في وظائف المخ **Minimal Brain Dysfunction (MBD)** أو أنه إصابة بسيطة في المخ **Minimal Brain injury (MBI)** أو أنه نشاط حركي مفرط **(Nussbaum & Bigler,1990)** .

بعد ذلك جاء دليل التشخيص الإحصائي الثالث للاضطرابات العقلية **(DSM III)** الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية عام (١٩٨٠) **American Psychiatric Association (APA)** ليشير إليه على أنه اضطراب له زملة أعراض سلوكية تميزه ، وقد قسمه إلى نوعين فالأول: هو اضطراب الانتباه **Attention Deficit Disorder with Hyperactivity** والثاني: هو اضطراب عجز الانتباه غير المصحوب بنشاط حركي مفرط **Attention deficit disorder without Hyperactivity** **(APA, 1980)** .

وقد ظل الحال على هذا المنوال حتى قام بورينو وزملاؤه **(Porrino,et al,1988)** بدراسة أعراض اضطراب الانتباه ، وقد أوضحت نتائج التحليل العاملي لهذه الدراسة أن عجز الانتباه ، وفرط النشاط الحركي عرضان لاضطراب واحد ، وليسا نمطين مستقلين ، ولذلك عندما قامت جمعية الطب النفسي الأمريكية بإجراء مراجعة للطبعة الثالثة **(DSM III - R,1987)** دمجت فرط النشاط الحركي مع اضطراب عجز الانتباه، ومنذ ذلك التاريخ أصبح يطلق عليه اضطراب الانتباه.

بعد ذلك أجرى لاهـــى، وبيلهـــام (Lahey & pelham, 1988) دراسة مماثلة للدراسة السابقة التى أجراها بورينو وزملاؤه عـــام (١٩٨٣)، وقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى نفس النتائج التى توصلت إليها الدراســـة السابقة حيث بينت أن عجز الانتباه ، وفـــرط النشـــاط الحركـــى عرضـــان متلازمان لاضطراب واحد ، وليسا نمطينمنفصلين .

ولذلك عندما جاء دليل التشخيص الإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (DSM - IV) الصادر عام (١٩٩٤) أكد على ما ورد فـــى مراجعـــه: عـــام (١٩٨٧) بشأن هذا الاضطراب حيث بين أن جميع الأطفال المصـــابين بهـــذا الاضطراب لديهم نشاط حركى مفرط ولكن مستوى هذا النشاط الحركى المفرط يختلف من طفل لآخر . فقد تكون أعراض ضعف الانتباه أشد مـــن أعـــراض فرط النشاط الحركى لدى بعضهم ، وعلى النقيض من ذلك قد تكون أعـــراض فرط النشاط الحركى أشد من أعراض ضعف الانتباه لدى البعض الآخر منهـــم، وأخيراً قد تتساوى شدة الأعراض لكل من ضعـــف الانتبـــاه، وفـــرط النشـــاط الحركى لدى أطفال آخرين منهم.

معدل انتشار اضطراب الانتباه بين الأطفال :

يعد اضطراب الانتباه من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأطفال حيـــث ورد تقرير عن وكالة الصحة العقلية الأمريكية جاء فيـــه أن نصـــف الأطفـــال المحالين للعلاج بها كانوا يعانون من هذا الاضطراب ، كمـــا بينـــت نتـــائج الدراسات العلمية الوبائية الحديثة فى الطب النفسى أن هذا الاضطراب يصيـــب نسبة تصل إلى (١٠٪) تقريباً من أطفال العالم، كما أن معدل انتشـــاره بيـــن الأطفال فى عمر المدرسة يتراوح بين (٤٪ - ٦٪)، والجدير بالذكر أن معدل انتشاره بين الأطفال الذين ينتمون لأسر ذات مســـتوى اقتصـــادى اجتمـــاعى

منخفض يصل إلى (٢٠٪) تقريباً، أما عن معدل انتشاره بين الذكور والإناث فهو (٦) للذكور مقابل (١) للإناث بمعنى أن انتشاره بين الذكور يصل إلى ستة أضعاف انتشاره بين الإناث (Wender, 1995) .

أسباب اضطراب الانتباه

من خلال استقرائنا للتراث السيكولوجى المتاح وجدنا أن اضطراب الانتباه يرجع لعدة أسباب منها ما يتعلق بالمخ، ومنها ما يتعلق بالوراثة ، ومنها ما يتعلق بالبيئة ، ومنها ما يتعلق بالغذاء،ومنها ما يتعلق بالعلاقة بين الطفل ووالديه، ونقدم فيما يلى عرض مختصر لهذه الأسباب :

أولاً : الأسباب المتعلقة بالمخ

إن أسباب اضطراب الانتباه المتعلقة بالمخ قد ترجع: إما لوجود خلل فى وظائف المخ ،وإما لاختلال التوازن الكيميائى فى القواعد الكيميائية للناقلات العصبية ولنظام التنشيط الشبكى لوظائف المخ، وإما لضعف النمو العقلى . ونعالج هذه الأسباب فيما يلى:

١- خلل وظائف المخ : إن عملية انتباه الفرد لمنبه معين تنقسم إلى عدد من عمليات الانتباه الأولية وهى التعرف على مصدر التنبيه، وتوجيه الإحساس للمنبه، ثم تركيز الانتباه عليه. وكل عملية من هذه العمليات الانتباهية لها مركز عصبى بالمخ مسئول عنها .

فالتعرف على مصدر التنبيه مركزه العصبى فى الفصوص الخلفية للمخ (Posner, et al, 1984, 1988) ، بينما توجيه الإحساس للمنبه مركزه

العصبى وسط المخ ، (Posner, et al, 1982) ،وأخيراً فإن التركـــيز علـــى المنبه مركزه العصبى فى الفص الجبهى الأيمن(Swanson, Et al, 1990) .

وكل مركز عصبى من المراكز العصبية السابقة يقوم بمعالجة العملية الانتباهية الخاصة به ، ثم ربطها بمحصلة العمليات الانتباهية الصـــادرة عـــن المراكز العصبية الأخرى ، وإمداد ميكانيزم الانتباه بها والذى يقـــوم بـــدوره بإخراج البنـاء الانتباهى العام لدى الفرد نحو المنبه مصدر التنبيه .

أما إذا كان هناك خلل فى وظائف أحد هـــذه المراكـــز العصبيـــة فـــإن المعلومات التى يعالجها سوف تصبح مشوشة وغير واضحة ، وبالتالى فـــإن انتباه لدى الفرد سوف يصبح مضطرباً.

وإن أكثر هذه المراكز العصبية اضطراباً هو المركز العصبى المسئول عن تركيز الانتباه، وكان يعتقد إلى عهد قريب أن الفصوص الخلفية للمخ هى المسئولة عن ضعف القدرة على التركيز لدى الأفـــراد المصـــابين بـــاضطراب الانتباه ، وقد ظل هذا الاعتقاد قائماً حتى جاء برادو ، وزمـــلاؤه (Parado, et al,1990) وقاموا بفحص تدفق الدم فى المخ لدى بعض الأطفال المصابين بهذا الاضطراب وذلك أثناء تركيزهم على منبهات مختلفة ، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن تدفق الدم يقل فى الفص الجبهى الأيمن لدى هؤلاء الأطفـــال عند تركيز انتباههم على أى منبه ، وأن تدفق الدم يعود إلى حالته الطبيعيـــة عندما يتحول انتباههم لمنبهات أخرى، ولذلك فقد أكدوا على أن الفص الجبهى الأيمن هو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب .

وقد ذهب كل مـــن نوســباوم ،وبيجــلر (Nussloum & Bigler, 1990) إلى ما هو أبعد من ذلك حيث بينا أن الفــص الجبهــى الأيمــن هــو المسئول عن ضعف القدرة على التركيز ، والاندفـــاع ، وتــأخر الاســتجابة ، والتردد فى اتخاذ القرارات ، وقد برهنا على صحة اعتقادهما هذا بـــأن أحــد الشخصيات البارزة فى المجتمع الأمريكى قد أصيب بطلق نارى فـــى جبهتــه عندما تعرض لمحاولة لاغتياله عام (١٩٨١) ، ورغم أنه قد تم علاجه وشفى تماماً إلا أنه ظل طيلة حياته يعانى من ضعف القدرة على التركـــيز والاندفـــاع وتأخر الاستجابة والتردد الشديد عند اتخاذ أى قرار حتى لو كان بسيطاً .

٢ـ الناقلات العصبية : إن الناقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعـــد كيميائيـــة تعمل على نقل الإشارات العصبية بين المراكز العصبية المختلفة بالمخ ، ويرى العلماء أن اختلال التوازن الكيميائى لهذه الناقلات العصبية يؤدى إلى اضطراب ميكاينزم الانتباه فتضعف قدرة الفرد على الانتباه والتركـــيز والحــرص مــن المخاطر ويزداد اندفاعه ونشاطه الحركى ، ولذلك فإن العلاج الكيميائى الـــذى يستخدمه الأطباء مثــل الدوبــامين Dopamine ، والنــور إبينفريــن Nor Epinephrine يعمل على إعادة التوازن الكيميائى لهذه الناقلات العصبيـــة وعـــلاج اضطـــراب الانتبـــاه ، وفـــرط النشـــاط الحركـــى (Tucker & Williamson, 1984) .

٣ـ نظام التنشيط الشبكى لوظائف المخ : إن شبكية المـــخ عبـــارة عـــن قواعــد كيميائية تمتد من جذع المخ Brainstorm حتى المخيـــخ Cerebrum وهى تعمل على تنمية القدرة الانتباهية لدى الفرد، وتوجيه الانتباه نحو المنبه الرئيسى وانتقائه من بين المنبهات الدخيلة (عمليـــة التصفيـــة أو الترشـــيح للمنبهات) ، كما تعمل أيضاً على رفع مستوى الوعى والحرص من المخاطر.

أما إذا اختل نظام التنشيط الشبكى للمخ فإنه سوف يؤدى إلى اختلال وظائفه ، ولذلك يصاب الفرد باضطراب الانتباه ، والدليل على ذلك أنه ينتشر بين الملاكمين حيث إن تعرض رأس الملاكم لعدد كبير من الضربات القوية يحدث خللاً دائماً فى شبكية المخ مما يؤثر على وظائفها ويؤدى إلى ظهور أعراض اضطراب الانتباه والتى يكون أبرزها البلادة وانخفاض مستوى الوعى، وتعمل العقاقير الطبية المنبهة، ومادة الكافين الموجودة فى القهوة والشاى على تنشيط النظام الشبكى لوظائف المخ ، وتؤدى إلى رفع مستوى الكفاءة الانتباهية لدى الفرد.

٤ـ **ضعف النمو العقلى** : يؤثر النمو العقلى على الكفاءة الانتباهية لدى الأطفال، فعندما يسير النمو العقلى بصورة طبيعية وفقاً للمرحلة العمرية للطفل ، فإن كفاءته الانتباهية تتحسن كلما زاد نموه العقلى ، أما إذا كان نموه العقلى ضعيفاً ولا يتمشى مع عمره الزمنى فإن ذلك سوف يؤدى إلى ضعف المراكز العصبية بالمخ المسئولة عن الانتباه ، وبالتالى تظهر على الطفل أعراض اضطراب الانتباه ، وهذا ما بينة بوندسين (Bundesen, 1990) حيث قدم نظرية عن الانتباه البصرى بين فيها أن الكفاءة الانتباهية تتحسن لدى الطفل كلما زاد نموه العقلى ، كما ذكر أيضاً أن الأطفال ذوى النمو العقلى الضعيف يعانون من اضطراب الانتباه .

ثانياً : العوامل الوراثية

تلعب العوامل الوراثية دوراً هاماً فى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه وذلك إما بطريقة مباشرة من خلال نقل المورثات التى تحملها الخلية التناسلية لعوامل وراثية خاصة بتلف أو بضعف بعض المراكز العصبية المسئولة عن الانتباه بالمخ ، وإما بطريقة غير مباشرة من خلال نقل هذه المورثات لعيوب

تكوينية تؤدى إلى تلف أنسجة المخ والتى بدورها تؤدى إلى ضعف نموه بما فى ذلك المراكز العصبية الخاصة بالانتباه.

ولقد بينت العديد من الدراسات العلمية الحديثة أن (٥٠٪) تقريباً من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد فى أسرهم من يعانى أيضاً من هذا الاضطراب (Neuvill, 1995) ، حيث إن معدل انتشاره بين أبناء هذه الأسر يكون مرتفعاً لدى الأطفال التوائم عنه لدى الأطفال غير التوائم ، كما أن معدل انتشاره لدى التوائم يكون مرتفعاً بين التوائم المتشابهة التى تأتى من إخصاب بويضة واحدة فى رحم الأم عنه بين التوائم غير المتشابهة التى تأتى من إخصاب بويضتين فى رحم الأم (Kaplan, et al,1994).

ثالثاً : العوامل البيئية

تلعب العوامل البيئية دوراً ليس هيناً فى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه ، ويبدأ أثر هذه العوامل البيئية منذ لحظة الإخصاب ، ولذلك سوف تنقسم معالجتنا لهذه العوامل حسب حجم تأثيرها على إصابة الأطفال بهذا الاضطراب إلى ثلاثة مراحل هى : مرحلة الحمل ، ومرحلة الولادة ، ومرحلة ما بعد الولادة . ونقدم فيما يلى عرضاً مختصراً لهذه المراحل الثلاث .

١- مرحلة الحمل : قد تتعرض الأم أثناء فترة الحمل لبعض الأشياء التى تؤثر على الجنين وتجعله عرضة بعد الولادة للإصابة باضطراب الانتباه وذلك مثل تعرضها لقدر كبير من الأشعة ، أو تناولها للمخدرات أو الكحوليات أو لبعض العقاقير الطبية التى تؤثر على الحمل خاصة فى الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل ، كما أن إصابتها ببعض الأمراض المعدية أثناء فترة الحمل مثل الإصابة بالحصبة الألمانية ، والزهرى، والجدرى، والسعال الديكى ، وكذلك

إصابتها ببعض الأمراض الوراثية أو الأيضية تؤدى أيضا إلى إصابة الجنين بتلف فى المخ بما فى ذلك المراكز العصبية المسئولة عن عمليات الانتباه ، ولذلك فإن أطفالهم قد يولدون مصابين باضطراب الانتباه أو يكونون مهيئين للإصابة به .

ونود الإشارة إلى أن الإصابة بتلف المخ فى هذه الحالة يصاحبه فى بعض الأحيان بعض التشوهات والعيوب الخلقية ، ولقد بينت بعض الدراسات العلمية أن الأطفال الذين يولدون ولديهم هذه التشوهات والعيوب الخلقية يعانون من اضطراب الانتباه .

٢- مرحلة الولادة : هناك بعض العوامل التى تحدث أثناء عملية الولادة تتسبب فى إصابة مخ الجنين أو تلف بعض خلاياه مما يؤدى إلى ضعف قدرة المخ على معالجة المعلومات ، وينعكس ذلك بدوره على العمليات العقلية الخاصة بالانتباه والتحكم فى السلوك مما يؤدى إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه ، وأهم هذه العوامل ما يلى :

أ- ضغط الجفت على رأس الجنين عند استخدامه فى عملية الولادة خاصة فى حالة الولادة المتعسرة .
ب- إصابة مخ الجنين أو جمجمته أثناء عملية الولادة .
ج- إلتفاف الحبل السرى أثناء عملية الولادة وتوقف وصول الأكسجين إلى مخ الجنين .

٣- مرحلة ما بعد الولادة :

إن إصابة الطفل بارتجاج فى المخ نتيجة لتعرضه لحادث ، أو لارتطام رأسه بأشياء صلبة ، أو وقوعه على رأسه من أماكن مرتفعة ، أو ضربه على

رأسه ، وكذلك إصابته ببعض الأمراض المعدية مثل الحمى الشوكية ، والالتهاب السحائى ، والحمى القرمزية تؤدى إلى إصابة بعض المراكز العصبية بالمخ خاصة المسئولة عن الانتباه والتركيز ، ولذلك فإن الطفل الذى يتعرض لشىء من هذه الأشياء عادة ما يصاب باضطراب الانتباه (Tupper, 1987) , (Bigler, 1988) , (Barkley, 1990), .(Brown,et al, 1991)

رابعاً : العوامل المتعلقة بالغذاء

إن تناول الطفل لكميات كبيرة من الأطعمة الجاهزة ، أو الخضراوات والفواكه الملوثة بالمبيدات الحشرية تؤدى إلى إصابتهم باضطراب الانتباه .

فلقد بين نوسباوم ، وبيجلر (Nussbaum & Bigler, 1990) أن الصبغيات والمواد الحافظة التى تضاف للمواد الغذائية المجهزة تؤدى إلى إصابة الأطفال باضطراب الانتباه .

كما قام وينيك وزملاؤه (Winneke, et al, 1989) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين مادة الرصاص فى الدم ، واضطراب الانتباه لدى الأطفال، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن هناك علاقة موجبة بين مستوى الرصاص فى الدم ، ومستوى اضطراب الانتباه بمعنى أنه كلما زادت نسبة الرصاص فى الدم زاد مستوى اضطراب الانتباه وفرط النشاط الحركى لدى الطفل .

كما أن تناول الطفل لكميات كبيرة من الحلوى والمواد السكرية يؤدى إلى زيادة نشاطه الحركى المفرط ، ولقد أجريت عدة دراسات استهدفت فحص

العلاقة بين تناول الطفل لمواد سكرية ، ونشاطه الحركى المفرط ، وقد بينت جميعها أن المواد السكرية التى يتناولها الطفل لا تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه ، ولكنها تؤدى إلى ارتفاع مستوى نشاط الحركى من خلال زيادة نسبة الطاقة لديه (Milick & Pelham,1986), (Kruesi, et al, 1987) .(Rosen, et al, 1988)

خامساً : العوامل المتعلقة بالعلاقة بين الطفل ووالديه

إن الطفل يحتاج إلى الحب والقبول والدفء العاطفى من والديه مثل حاجته إلى الغذاء والكساء ، ولذلك فإن أساليب المعاملة الوالدية الصحيحة التى يشعر الطفل منها بالاهتمام والحب من والديه تؤدى إلى توافقه النفسى والاجتماعى ، أما أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التى تتسم بالرفض الصريح أو المقنع ، والإهمال ، واللامبالاة بالطفل ، والعقاب البدنى أو النفسى الشديد والتى يشعر الطفل منها بأنه منبوذ وغير مرغوب فيه وكأنه من سقط المتاع فإنها تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه .(Anastopoulos, et al, 1992),(Mash & Hohanston, 1990)

ولقد قام باركلى وزملاؤه (Barkley, et al, 1993) بدراسة استهدفت فحص العلاقة بين أسلوب المعاملة الوالدية وإصابة الطفل باضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج دراستهم أن أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة التى يشعر الطفل منها بالإهمال والرفض من قبل والديه تؤدى إلى إصابته باضطراب الانتباه .

كذلك قام كابلان وزملاؤه (Kaplan, et al, 1994) بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين الحرمان العاطفى من الوالدين وإصابة

أبنائهم الأطفال باضطراب الانتباه ، وقد تكونت عينة دراســــتهم مـــن أطفـــال يعيشون فى مؤسسات إيداع نتيجة لتصدع أسرهم، وأطفال يعيشون فى البيئة الطبيعية مع أسرهم وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن اضطراب الانتباه يرتفع لدى الأطفال المودعين بمؤسسات الإيداع مقارنة بالأطفال الذين يعيشون مـــع أسرهم مما يدل على أن الحرمان العاطفى من الوالدين الذى ينجم عن التفكـــك الأسرى يؤدى إلى إصابة الطفل باضطراب الانتباه .

الفصل الثالث

الأعراض والتشخيص

المحتويات

- أعرض اضطراب الانتباه .
- اضطراب الانتباه لـــدى الأطفـــال المتخلفين عقليا .
- تشخيص اضطراب الانتباه .

أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال

تختلف أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال باختلاف المرحلة العمرية التى يمرون بها حيث نجدها فى مراحل الوليد ، والمهد ، والطفولة المبكرة تأخذ المظهر العضوى ، بينما نجدها فى مرحلتى الطفولة المتوسطة والمتأخرة تأخذ الشكل السلوكى ، ونشير إلى هذه الأعراض وفقاً لكل مرحلة عمرية من المراحل السابقة فيما يلى:

أولاً : أعراض الاضطراب فى مرحلة الوليد

هناك معايير ثابتة للنمو الطبيعى التى يولد بها الأطفال الأسوياء يتمشى فيها وزن جسم الطفل مع طوله حيث يكون وزن الطفل عند الولادة سبعة أرطال ونصف تقريباً، بينما يكون طوله (١٩,٥) بوصة تقريباً(سعديه بهادر، ١٩٨٦) .

أما الطفل الذى يولد وهو مصاب باضطراب الانتباه فإن وزن جسمه يقل عن معدله بالنسبة لطوله، حيث نجد أن الطفل الذى يبلغ طوله (١٩) بوصة يزن خمسة أرطال وعشر أوقيات ، بينما نجد أن الطفل الذى يبلغ طوله (٢٠) بوصة يزن ستة أرطال وأوقيتان، فى حين نجد أن الطفل الذى يبلغ طوله (٢١) بوصة يزن ستة أرطال وست أوقيات .

ثانياً : أعراض الاضطراب فى مرحلة المهد

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يعانون دائماً من كثرة المشكلات الصحية فى مرحلة المهد ، ولذلك فإنهم كثيراً ما يعانون من المغص المعوى الذى يرجع لعدم قدرة الأمعاء على امتصاص سكر اللبن Lactose ، كما أن جهاز المناعة لديهم يكون ضعيفاً، ولذلك فإنهم دائماً يتعرضون لنزلات البرد ، والالتهابات الشعبية ، والتهابات الأذن ، واحتقان الزور .

ثالثاً : أعراض الاضطراب فى مرحلة الطفولة المبكرة

إن الطفل السوى تبرز أسنانه اللبنية فيما بين الشهر السادس إلى الثامن ، وتتساقط تلك الأسنان ، وتظهر الأسنان المستديمة فيما بين السنة الخامسة إلى السنة السادسة من عمر الطفل ، أما الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه فإن موعد بروز أسنانه اللبنية ، وتغييرها بالأسنان المستديمة يتأخر عامين تقريباً عن هذا الموعد لدى الطفل السوى (Robson & Pederson, 1997), (Jordan, 1988, 1989) .

رابعاً : أعراض الاضطراب فى مرحلتا الطفولة المتوسطة والمتأخرة

مع بداية مرحلة الطفولة المتوسطة تأخذ أعراض اضطراب الانتباه شكلها السلوكى ، إلا أنه يصعب التعرف على الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب قبل التحاقه بالمدرسة وذلك للأسباب التالية :

١- إن الطفل فى عمر ما قبل المدرسة يكون نشيطاً جداً بالفطرة ، كما أنه يقضى معظم وقته فى اللهو واللعب الذى لا يتطلب منه تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة .

٢- أن التليفزيون يقدم برامج مشوقة وسريعة تجذب انتباه الأطفال بما فيهم من يعانون من اضطراب الانتباه ، والجدير بالذكر أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب يجلسون أمام التليفزيون لمدة طويلة يشاهدون البرامج المحببة إليهم دون كلل أو ملل .

٣- إن معظم آباء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ليست لديهم معلومات سابقة أو خبرة كافية عن هذا الاضطراب، كما أنهم يكونون قد تعودوا على سلوك طفلهم ويرون أنه طبيعى خاصة إذا كان هذا الطفل هو الوحيد

فىالأسرة، ومثل هؤلاء الأباء لا يستطيعون التعرف على سلوك طفلهم إلا فى المناسبات المختلفة التى تجمع طفلهم مع أطفال آخرين فى مثل عمره الزمنى مثل الأعياد والأفراح وغيرها .

أما عند التحاق الطفل بالمدرسة ، فإن الأمر يختلف حيث إن البيئة المدرسية تتطلب من الطفل أن يقوم ببعض الأعمال اليومية المتكررة والتى تحتاج إلى الاستقرار والنظام وتركيز الانتباه مثل الوقوف فى طابور الصباح ، والجلوس على المقعد فى حجرة الدراسة مدة زمنية طويلة لسماع الدرس من المعلم ، كما يطلب من الطفل أيضاً حل بعض التمرينات فى حجرة الدراسة ، وكذلك يطلب منه المشاركة فى الأنشطة الجماعية المختلفة ، وإن هذه المواقف وغيرها تمثل اختبارا صعباً للطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه حيث لا يستطيع التحكم فى انتباهه ولا حركته المفرطة أو اندفاعه ، ولذلك نجد أن المعلم يمكنه تحديد الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب بسهولة خاصة عندما يقارن سلوكياته بسلوكيات أقرانه الذين تضمهم حجرة الدراسة .

ولما كانت المرحلة الابتدائية تضم أطفالاً من مرحلتى الطفولة المتوسطة والمتأخرة ، وكانت أعراض اضطراب الانتباه لدى أطفال هاتين المرحلتين العمريتين متشابهة ومتطابقة ، لذلك سوف نتعرض لتلك الأعراض لدى هاتين المرحلتين معاً عند الأطفال فى عمر المدرسة كما يلى :

أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال فى عمر المدرسة

١ـ الانتباه القصير :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لايستطيع تركيز انتباهه على أى منبه أكثر من بضعة ثوان متتالية ، ثم ينقطع انتباهه عن هذا المنبه

فى نفس الوقت الذى تكون فيه المعلومات مازالت تنبعث منه ، ولذلك نجد أن انتباه الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ينتقل بسرعة شديدة بين المنبهات المختلفة لدرجة أن بعض العلماء قد شبهوه بالطلقات النارية من حيث مدى استمراره ، وسرعة تنقله بين المنبهات المختلفة .

٢- سهولة تشتت الانتباه :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهوله حيث إنه يصعب عليه تركيز انتباهه على منبه معين وتجاهل ما يحدث حوله فى البيئة المحيطة به،ولذلك نجده دائماً يحول انتباهه تجاه الحركة التى تقع فى مجال إدراكه لكى يكتشف ما يحدث حوله .

فعلى سبيل المثال وليس الحصر نجد أن الرائحة النفاذة ، ومرور تيار من الهواء ، والصوت الذى يصدرعن تقليب صفحات الكتب تجذب انتباه هذا الطفل إليها ، وتجعله يحول انتباهه لها بعيداً عن المنبه الرئيسى الذى كان منتبهاً إليه من قبل .

٣- ضعف القدرة على الإنصات :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لديه ضعف فى القدرة على الإنصات ، ولذلك فإنه يبدو وكأنه لا يسمع ، ولهذا السبب نجده لا يستطيع فهم المعلومات التى يسمعها كاملة ، ولكنه قد يفهم منها بعض الحروف ، أو الكلمات، أو المقاطع ، ويترتب على ذلك أن المعلومات التى يكتسبها عن طريق حاسة السمع تكون مشوشة ومختلطة وغير واضحة ، وهذا بدوره يؤدى إلى ضعف قدرته على التفكير .

٤- ضعف القدرة على التفكير :

نظراً لأن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة ، ويعانى من ضعف القدرة على الإنصات، لذلك فإن المعلومات التى يكتسبها تكون مبهمة وغير واضحة وغير مترابطة مما يؤدى إلى ضعف قدرته على التفكير ، وفضلاً عما سبق فإن الذاكرة بعيدة المدى مضطربة لديه ، ولذلك فإنها لا تسعفه بالمعلومات التى يحتاجها عند قيامه بالتفكير فى موضوع معين، ولهذا السبب نجده يخطئ كثيراً عند قيامة بعمل الأشياء التى سبق أن تعلمها .

٥- تأخر الاستجابة :

إن العمليات العقلية التى تقوم بمعالجة المعلومات بطيئة جداً لدى الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه ، ولذلك فإنها لا تسعفه فى استدعاء المعلومات سابقة التخزين التى يحتاجها من الذاكرة بعيده المدى ، ويترتب على ذلك أن هذا الطفل يستغرق وقتاً طويلاً فى عملية التفكير ، وهذا بدوره يؤدى إلى تأخر استجابته ، ومثال ذلك الطفل الذى يقوم بالعد على أصابع يديه عند قيامه بحل مسألة حسابية مما يجعله يستغرق وقتاً طويلاً فى عملية التفكير،وتكون المحصلة أن هذا الطفل لا يستطيع إنهاء العمل الذى يقوم به فى الزمن المقرر لذلك ، ولهذا السبب نجده دائماً يحصل على درجات منخفضة فى الاختبارات المختلفة للمواد الدراسية والتى لا تتمشى مع مستوى ذكائه العام .

٦- عدم قدرة الطفل على إنهاء العمل الذى يقوم به :

نظراً لأن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات الدخيلة العارضة بعيداً عن المنبه الرئيسى ، ولديه قدرة ضعيفة على التفكير، لذلك فإنه يستغرق وقتاً طويلاً فى عملية التفكير، وهذا بدوره يؤدى إلى تأخر استجابته ، ولذلك فإنه لا يستطيع إنهاء العمل الذى يقوم به بدون تدخل من الآخرين ومساعدتهم له .

٧ـ النشاط الحركى المفرط :

يتسم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بكثرة حركته البدنية بدون سبب أو هدف، ولذلك نجده دائماً يترك مقعده ويتجول ذهاباً وإيابا فى المكان الذى يَوجد فيه بدون سبب، كما أنه كثير الحركة والتململ فى جلسته علىمقعده، ودائما يتلوى بيديه ورجليه ، ويقوم بوضع الأشياء التى تقع فى متناول يده فى فمه مثل الأقلام والأدوات الهندسية وغيرها، كما يقوم أيضاً ببعض الحركات الجسدية التى تحدث ضوضاء وتزعج الآخرين فمثلاً قد يفرك فى الأرض بقدميه ليحدث صوتاً ، أو يضرب جوانب منضدته برجليه، أو يحوم بيديه فى المكان الذى يجلس فيه لكى يلتقط الأشياء القريبة منه، أو يدق بالأقلام على المنضدة، وكذلك قد يلقى بكتبه وأدواته الدراسية على الأرض ، ويزحف بالكرسى فى المكان الذى يجلس فيه ، هذا بالإضافة إلى قيامه بعدد من السلوكيات غير المقبولة والتى يكمن ورائها فرط النشاط الحركى .

٨ـ الاندفاع :

إن الاندفاع من أكثر الأعراض التى تميز الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه ، ونلاحظه كثيراً لدى هذا الطفل من خلال كثرة مقاطعته لحديث الآخرين ، كما أنه يجيب بدون تفكير عن الأسئلة قبل استكمالها ، ويحب أيضاً أن تجاب مطالبه فى الحال ، ويرفض الانتظار فى دوره إذا كان مع أطفال آخرين ، كما أنه يتنقل بسرعة من نشاط أو عمل إلى آخر قبل أن ينتهى من النشاط أو العمل الذى بدأه ، وفضلاً عما سبق فإنه يقوم ببعض الأفعال التى تعرض حياته للخطر دون أن يضع فى اعتباره العواقب المترتبة عليها وذلك مثل القفز من أماكن مرتفعة ، أو الجرى فى شارع عمومى مزدحم بالسيارات دون أن ينظر إلى الطريق .

٩- السلوك الاجتماعى :

إن الطفل الذى لديه اضطراب الانتباه ، فضلاً عن سلوكه الذى يتسم بفرط النشاط الحركى والاندفاع والذى يؤدى إلى ضجر المحيطين به ، فإنه أيضاً لا يتمسك بالتقاليد والنظم المعمول بها ، ولذلك فإنه لا يهتم بالسلوك الاجتماعى المقبول الذى يرتضيه الآخرون، بل يقوم ببعض السلوكيات الشاذة التى تؤدى إلى اشمئزازهم منه .

فعلى سبيل المثال إذا أراد هذا الطفل أن يهرش جسمه، فإنه يفعل ذلك بطريقة مبالغ فيها ، كما أنه إذا أراد أن يبعد شيئاً من جواره كالمنضدة أو الكرسى مثلاً فعل ذلك بطريقة تحدث ضوضاء شديدة فى المكان ، وعندما يشترك مع أقرانه فى اللعب فإنه لا يستطيع أن ينتظر فى دوره ، بل يخطف اللعب منهم ويتدخل فى أنشطتهم على غير رغبة منهم مما يؤدى إلى ضجرهم منه . ونتيجة لذلك فإن هذا الطفل تضطرب علاقته الاجتماعية بأقرانه والمحيطين به ويشعر منهم بالنبذ وعدم القبول كعضو فى جماعتهم، ولذلك فإنه لا يستطيع الاندماج معهم فى علاقات اجتماعية حميمة يسودها الحب والتسامح .

١٠- لوم الآخرين :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لا يعترف بأخطائه لكى يتعلم منها ويتجنبها ، وإنما يبرئ نفسه دائماً ويلقى باللوم على الآخرين . فمثلاً إذا تأخر عن موعد المدرسة يقول أن جرس الطابور دق مبكراً عن موعده، وإذا كسر فازة زهور فى المنزل يقول إن القطة هى التى كسرتها ... وهكذا ، وعندما يواجهه أحد بأخطائه فإنه ينفجر فى ثورة من الغضب ويدافع عن نفسه بشدة وعنف ، ويرفض الاستماع لما يوجه إليه من نقد .

١١- التـــردد :

إن الطفل المصاب باضطراب الانتباه كثير التردد عند اتخاذ أى قـــرار حتى لو كان بسيطاً ، ويزيد هذا التردد لديه فى القرارات التى بها اختيار حيث إنه يشك فى صحة اختياره ، وإن هذا التردد الكثير فى اتخاذ القرارات يجعلـــه يستهلك وقتاً طويلاً فى إنجاز العمل الذى يقوم به فى الزمن المحدد له .

١٢- التصديق المستمر :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يصدق كل ما يقال له، ولا يستطيع التفريق بين الحديث الجاد والمزاح ، فمثلاً إذا قيل لـــه إن العروســـة (الدمية) تتكلم فإنه يصدق ذلك ، ونظراً لتصديقه المستمر لكل ما يقـــال لـــه ، وعدم قدرته على التمييز بين الحقيقة والخيال، لذلك فإن استجابته دائماً تتسم بشدة الانفعال خاصة عندما يكتشف أن ما يقال له غير حقيقى .

١٣- عـدم القناعة :

يتسم الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه بشدة الطمـــع حيـــث لا يقتنع بنصيبه ، أو ما يخصه، ولذلك فإنه يريد أن يأخذ كل الأشياء التى يراها مع أقرانه ، وإذا كان هناك شىء يوزع عليهم فإنه يريد أن يأخذ منـــــه أكـــثر منهم ، فإذا رفض الكبار هذا السلوك من الطفل سواء كانوا أبـــاء أو معلميـــن فإنه يبكى بحرارة ويصرخ بشدة حتى يحصل على ما يريد.

١٤- عدم الثبات الانفعالي :

إن الطفل الذى لديه اضطراب الانتباه غير ناضج انفعالياً ولذلك فـــإن انفعالاته دائماً متقلبة ، فقد يكون معتدل المزاج ، وفجأة ينفجر فى ثورة مـــن الغضب يصاحبها بكاء حار بدموع غزيرة ، ويقوم بتحطيم الأشياء التى تقع فى متناول يده ، ولذلك فإنه دائماً منبوذ من أقرانه ، وإن هذا التقلب الانفعـــــالى

جعل بعض العلماء يشبهونه بالطفل الرضيع وذلك لعدم قدرته على التحكم في انفعالاته.

١٥ـ أحلام اليقظة :

إن الذى ينظر فى عيون الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يرى كأنه يعيش فى عالم آخر حيث يستغرق هذا الطفل فى النظر إلى البيئة المحيطة به وكأنه يحلم ، ولذلك يطلق بعض العلماء على الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بأنهم أطفال أحلام اليقظة ، أو الأطفال المحملقون فى النجوم .

١٦ـ التعليقات الشفهية :

إن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب دائماً يقومون بالتعليقات الشفهية على الكلام الذى يسمعونه ، فقد يرددون بعض مقاطعه ، أو يحولونه إلى أسئلة عن طريق استخدام نفس الكلام ولكنهم يقولونه فى صيغة سؤال .

١٧ـ ضعف القدرة على التحدث :

عندما يقوم الطفل المصاب باضطراب الانتباه بالحديث عن واقعة معينة، أو سرد قصة ، فإنه لا يستطيع تقديم المعلومات التى يتحدث عنها بصورة منطقية وتسلسل ، كما أنه لا يستطيع وصف الأشياء ، ودائماً ينسى الأسماء وفضلاً عما سبق فإن جمل حديثة دائماً تكون ناقصة (Barkley, 1988), (Jordan, 1991, 1992) , (Rief, 1993).

اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً

تشير نتائج الدراسات العلمية الحديثة بأن أعراض اضطراب الانتباه تنتشر بين الأطفال المتخلفين عقلياً أعلى من معدل انتشارها بين الأطفال ذوى

الذكاء الطبيعى خاصة أعراض ضعف الانتباه ,(Fee, et al, 1994) (Pearson, et al, 1996)، وفضلاً عن ذلك فإن ضعف القدرات العقلية لدى هؤلاء الأطفال تؤدى إلى ضعف قدرتهم على الانتباه، وهذا ما أكدته بعض الدراسات السابقة التى فحصت اضطراب الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً (Virginia, et al, 1994), (Deborah , et al, 1996).

ولعل ذلك يرجع إلى أن الجهاز العصبى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً مليء بالضوضاء والتنبيهات الداخلية، كما أن قدرته ضعيفة على تنظيم المنبهات فى الذاكرة قصيرة المدى استعداداً للاستجابة لمصدر التنبيه مما يؤدى إلى ضعف الكفاءة الانتباهيه لدى هؤلاء الأطفال مقارنة بالأطفال ذوى الذكاء الطبيعى (السيد على ، ١٩٩٨) .

ويشمل ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً كل من مدى الانتباه ومدة الانتباه، حيث يقصد بمدى الانتباه: السعة الانتباهيه لدى الطفل أى قدرته على الانتباه لأكثر من منبه فى وقت واحد، بينما يقصد بمدة الانتباه: بأنها الفترة الزمنية التى يستطيع الطفل تركيز انتباهه فيها على مصدر التنبيه (Carr, 1984).

وفضلاً عما سبق فإن الأطفال المتخلفين عقلياً لديهم ضعف فى الانتباه للصفات والخصائص الفيزيائية التى تميز أحد المثيرات البصرية عن غيرها والتى يراها شورم (Schworm, 1979) بأنها أساس عملية التعلم .

تشخيص اضطراب الانتباه لدى الأطفال

لقد أشار دليل التشخيص الإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV.1994) الأعراض الرئيسية التى يتم على أساسها تشخيص

اضطراب الانتباه لدى الأطفال ،ولكنه أكد على أن هذه الأعراض يجب أن تظهر على الطفل قبل التشخيص بستة أشهر متتالية على الأقل ،كما أنهـا يجـب أن تظهر قبل عمر سبع سنوات على أن يكون ظهورها فى كل من البيئة المنزلية والمدرسية معاً، وهذه الأعراض كما يلى:

أولاً : ضعف القدرة على الانتباه :

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

١- يجد الطفل صعوبة فى الانتباه لشكل المنبه ومكوناته ، ولذلك فإنه يخطئ كثيراً فى واجباته الدراسية والأعمال التى يقوم بهـا ، والأنشـطة التـى يمارسها .

٢- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة على منبه محدد .

٣- يجد الطفل صعوبة فى عملية الإنصات ، ولذلك فإنه يبدو عند الحديث إليه وكأنه لا يسمع .

٤- لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات ولذلك فإنه يفشل فى إنهاء الأعمال التى بدأها .

٥- أعماله دائماً تخلو من النظام والترتيب .

٦- يبتعد الطفل عن المشاركة فى الأعمال التى تتطلب منه مجهـوداً عقليـاً سواء كانت تتعلق بالأنشطة التى يمارسها ، أو بالمواد الدراسية .

٧- دائماً ينسى الأشياء الضرورية التى يحتاجها سواء كانت خاصة بالناحيـة الدراسية مثل الكتب والأقلام والواجبات المنزلية ، أو خاصـة بالأنشـطة مثل الملابس واللعب ... الخ .

٨- يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة حتى لو كـانت قـوة تنبيهها ضعيفة.

٩- دائماً ينسى الأعمال اليومية المتكررة والمعتادة التى يقوم بها .

ثانياً : النشاط الحركى المفرط :

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

١ – دائماً يتململ الطفل فى مقعده ويتلوى بيديه ورجليه .
٢ – يظل يمشى ذهاباً وإياباً فى المكان الذى يوجد فيه وذلك بدون سبب أو هدف.
٣ – دائماً يجعل المكان الذى يوجد فيه مبعثراً وغير منظم .
٤ – دائماً يحدث صخب وضوضاء ، ولا يستطيع ممارسة عمله أو نشاطه بهدوء.
٥ – دائماً يتحدث بكثرة .

ثالثاً : الاندفاع :

ويتم التعرف عليه من الأعراض التالية :

١ – يقوم الطفل بالإجابة عن الأسئلة قبل استكمالها .
٢ – دائماً عجول ولا يستطيع الانتظار فى دوره .
٣ – دائماً يقاطع حديث الآخرين ، ويتدخل فى أنشطتهم وأعمالهم .

الفصل الرابع

الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه

المحتويات

الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الانتباه لدى الأطفال

هناك بعض الاضطرابات التى تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال وسوف نعرضها باختصار فيما يلى:

أولاً : الاضطرابات السلوكية

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه خاصة السلوك العدوانى حيث يؤدى هذا السلوك المشكل لديهم إلى اضطراب علاقاتهم الاجتماعية بالآخرين، وبالتالى فإنهم يعجزون عن التكيف مع البيئة المحيطة بهم (Lakey,et al,1980) (Loney & Milich, 1982), (Hinshaw, 1987) .

ولقد أجرى بيدرمان، وزملاؤه (Biederman, et al, 1991) دراسة كان هدفها التعرف على معدل انتشار بعض الاضطرابات التى تصاحب اضطراب الانتباه ، وقد بينت نتائج دراستهم أن الاضطرابات السلوكية تنتشر بين (٥٠٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه .

كما أجرت ماريا وزملاؤها (Maria, et al, 1996) أيضاً دراسة استهدفت التعرف على مدى انتشار كل من اضطراب الانتباه، والاضطرابات السلوكية والانفعالية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم،وقد تكونت عينة دراستهم من (١٥٠) طفل من تلاميذ المرحلة الابتدائية لديهم صعوبات تعلم، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن (٤٣) طفلاً من هؤلاء الأطفال لديهم اضطراب الانتباه، و(١٢) طفلاً لديهم اضطرابات سلوكية فقط ، وأوضحت النتائج أيضاً أن اضطراب الانتباه كان يصاحبه سلوك أو أكثر من السلوكيات المشكلة .

كذلك قام بورنس وزملاؤه (Burns, et al, 1997) بدراسة فحصت العلاقة بين كل من السلوك المشكل وعناد الطفل ، واضطراب الانتباه لدى الأطفال، وقد أوضحت نتائج دراستهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك المشكل وعناد الطفل. بمعنى أن الطفل يزداد عناده ومعارضته للآخرين وعدم الإذعان لأوامرهم وتعليماتهم كلما زاد لديه عدد وحدة السلوكيات المشكلة، كما بينت النتائج أيضاً أن هذه السلوكيات المشكلة تتلازم دائماً مع أعراض اضطراب الانتباه وكأنها عرض يميزه.

أما بالنسبة للأطفال المتخلفين عقلياً فقد بينت نتائج الدراسات التى تناولت هذين الاضطرابين لديهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة وعالية بين اضطراب الانتباه، والمشكلات السلوكية لدى أطفال هذه الفئة، كما بينت النتائج أيضاً أن المشكلات السلوكية التى تلازم اضطراب الانتباه يزداد عددها ومستوى حدتها بين الأطفال المتخلفين عقلياً أكثر من أقرانهم ذوى الذكاء الطبيعى الذين يعانون من هذين الاضطرابين معاً (Fee, et al, 1991 & 1993).

ثانياً : الاضطرابات الانفعالية

كثيراً ما يتلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال بالاضطرابات الانفعالية خاصة القلق والاكتئاب، ولقد بين بيدرمان وزملاؤه (Biederman, et al, 1991) أن هناك نسبة تصل إلى (٧٥٪) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه لديهم اكتئاب، و(٢٥٪) منهم لديهم قلق عصابى.

ولقد أجرى نوسباوم وزملاؤه (Nussbaum , et al, 1988) دراسة استهدفت التعرف على المشكلات النفسية والاجتماعية التى تلازم اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وقد أسفرت نتائج دراستهم على أن السلوكيات

غير المقبولة التى يقوم بها هؤلاء الأطفال خاصة فـــرط النشـــاط الحركـــى ، والاندفاع تؤدى إلى رفضهم الاجتماعى مـــن الأقـــران ، وأن هـــذا الرفـــض الاجتماعى يؤدى إلى عزلتهم الاجتماعية ولذلك فإنهم دائماً يشعرون بـــالوحدة النفسية ، والقلق ، والاكتئاب .

كما قام بيدرمان وزملاؤه(Biederman, et al, 1998) أيضاً بدراســـة كان الهدف منها التعرف على طبيعة العلاقة بين الاكتئاب واضطراب الانتبـــاه لدى الأطفال، وقد تكونت عينة دراستهم من (٧٦) طفل يعـــانون مـــن هذيـــن الاضطرابين معاً، وقد استمر الباحثون فى متابعة أفراد العينـــة لمـــدة أربعـــة سنوات متتالية، وقد بينت نتائج الدراسة أن أعراض اضطراب الانتباه ترتفـــع لدى الأطفال الذين يعانون من اكتئاب مستمر، بينما كـــانت هـــذه الأعـــراض تنخفض حدتها لدى الأطفال الذين يعانون من نوبـــات اكتئابيـــة حيـــث تخـــف أعراض اضطراب الانتباه عندما تختفى أعراض الاكتئاب.

وفى محاولة للتعرف عما إذا كانت الاضطرابات الانفعاليـــة ســـبباً أو نتيجة لاضطراب الانتباه لدى الأطفـــال ، قـــام بليزكـــا (Pliszka, 1989) بدراسة استهدفت معرفة مدى الاستجابة للعلاج لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ويلازمه اضطراب انفعالى آخر ، وقد تكونت عينة الدراســـة من مجموعتين من الأطفال ، الأولى كانت تعـــانى مـــن اضطـــراب الانتبـــاه ، ويلازمه مرض القلق ، والثانية كانت تعانى من هذا الاضطرابات بدون قلـــق ، وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على أن الأطفـــال الذيـــن يعـــانون مـــن هـــذا الاضطراب ويصحبه قلق لا يستجيبون للعلاج ، بينما استجاب أطفال المجموعة الثانية للعلاج والذين كانوا يعانون من هذا الاضطراب بدون قلـــق ، وعندمـــا قـــام الباحث بعـــلاج القلق لدى أفراد المجموعة الأولى ، وجد أن أعراض هذا

الاضطراب تختفى تلقائياً مما جعله يؤكد أن اضطراب الانتباه لدى أفراد هذه المجموعة كان عرضاً للقلق.

كما قام بيتر وزملاؤه (Peter, et al, 1993) بدراسة كان هدفها التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من ضغوط الحياة ، والقلق والاكتئاب باضطراب عجز الانتباه لدى الأطفال ، وقد أسفرت النتائج عن أن هناك علاقة موجبة بين ضغوط الحياة وكل من القلق والاكتئاب ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كل من القلق والاكتئاب، واضطراب الانتباه ، بينما لم تكن هناك علاقة بين ضغوط الحياة وهذا الاضطراب بمعنى أن ضغوط الحياة قد أدت إلى إصابة الأطفال بكل من القلق والاكتئاب ، وبعد ذلك ظهر اضطراب الانتباه كعرض للقلق والاكتئاب.

وعلى أية حال فإننا لا نجزم بأن اضطراب الانتباه يكون دائماً عرضاً للاضطرابات الانفعالية التى تظهر معه، ولكن المؤكد هو أن أحدهما دائماً يكون سبباً للآخر ، حيث إن الاضطراب الأول فى الظهور لدى الأطفال يكون هو المرض ، بينما يكون الاضطراب الذى يعقبه فى الظهور هو العرض . وهذه حقيقة هامة نضعها أمام المعالجين الذين يقومون بعلاج هذه الاضطرابات لدى الأطفال حيث يجب عليهم دراسة التاريخ التطورى لهذه الاضطرابات بعناية شديدة قبل بدء العلاج حتى يمكنهم تحديد أيهما السبب ، وأيهما النتيجة ، أو بعبارة أخرى أيهما المرض ، وأيهما العرض حتى يستطيعوا تركيز العلاج على المرض بدلاً من تركيزه على العرض لكى يسفر علاجهم على النتائج المرجوة منه .

ثالثاً : اضطراب النوم

ينتشر اضطراب النوم بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه مما يجعلهم يشعرون دائماً بالإرهاق ، ونظراً لأن هذا الإرهاق يؤثر على الكفاءة الانتباهية ، لذلك قام بعض الباحثين بدراسة طريقة نوم هؤلاء الأطفال وفحص طبيعة العلاقة بين اضطراب النوم ، واضطراب الانتباه ، ولما كانت الدراسات التى عالجت هذا الموضوع متشابهة إلى حد كبير لذلك سوف نقتصر فى عرضنا على الدراسات الحديثة منها فقط .

فلقد قام بال وزملاؤه (Ball, et al, 1997) بدراسة كان هدفها التعرف على طريقة النوم لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه ، وقد بينت نتائج دراستهم أن هؤلاء الأطفال كثيرو الحركة والتقلب أثناء نومهم لدرجة أن الباحثين قد شبهوا فراشهم بحلبة المصارعة ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هؤلاء الأطفال يكونون قلقين فى نومهم ويستيقظون كثيراً أثناء النوم مما يجعلهم يشعرون دائما بالإرهاق .

كذلك قام شيرفن وزملاؤه (Chervin, et al, 1997) بدراسة العلاقة بين اضطراب النوم واضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وقد تكونت عينة دراستهم من مجموعتين من الأطفال الأولى تعانى من اضطراب الانتباه ، والثانية تعانى من اضطرابات نفسية فقط ، وقد تراوحت أعمار أفراد العينة بين (٢-١٨) سنة ، وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن اضطراب النوم ينتشر بين (٨١٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، كما أنه ينتشر أيضاً بين (٢٥٪) من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية فقط .

رابعاً: عدم القدرة على التوافق الاجتماعى

نظراً لأن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يكون مندفعاً وعدوانياً وعنيداً ، ويرفض اتباع القواعد السلوكية التى تحكم التعامل مع الآخرين ، أو المتبعة فى ممارسة نشاط معين ، ويتسم كذلك بالطمع الشديد ولا يرضى بنصيبه، ويتدخل فى أنشطة الآخرين وحديثهم، ويقوم ببعض السلوكيات غير المرغوبة التى تؤذيهم دون أن يضع فى اعتباره مشاعرهم، لذلك فإن المحيطين به يشعرون بالاستياء منه ولا يرغبون فى وجوده معهم أو التعامل معه سواء كان ذلك فى البيئة المنزلية أو المدرسية ، ومن ثم فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً ، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات السابقة التى أجريت على هذا الموضوع والتى بينت فى نتائجها أن السلوكيات غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه تؤدى إلى رفضه من المحيطين به وبالتالى فإنه لا يستطيع أن يتوافق معهم اجتماعياً ، ونذكرمنها على سبيل المثال وليس الحصر الدراسة التى أجراها كل من ستيفن، ليزا (Steven & Liza, 1991) والتى استهدفت التعرف على الأسباب التى تكمن وراء عدم القدرة على التوافق الاجتماعى لدى الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن السلوكيات غير المرغوبة التى يقوم بها هذا الطفل تجعل المحيطين به ينبذونه ، وبالتالى فإنه لا يستطيع أن يتوافق اجتماعياً معهم .

كذلك قام جونستون ، وفريمان (Johnston & Freaman, 1997) بدراسة العلاقة بين تفاعل الوالدين والسلوك المشكل لدى أطفالهم الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد أوضحت هذه الدراسة فى نتائجها أن تفاعل الوالدين السلبى مع أطفالهم الذين يعانون من هذا الاضطراب يكمن وراء السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال .

ونظراً لأن الاتجاه نحو تنمية القدرة على التوافق الاجتماعى لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه هو السائد فى الآونة الأخيرة بين الباحثين المهتمين بالأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، لذلك فقد أجريت العديد من الدراسات العلمية الحديثة التى كان هدفها الرئيسى أو الفرعى هو تنمية مهارات التوافق الاجتماعى لدى هؤلاء الأطفال من خلال تدريبهم على تعديل سلوكهم المشكل سواء كان ذلك فى البيئة المدرسية أو المنزلية، ولما كانت هذه الدراسات كثيرة العدد لذلك سوف نكتفى بعرض الدراسات الحديثة منها فقط والتى كان هدفها الرئيسى هو تنمية التوافق الاجتماعى لدى هؤلاء الأطفال .

فقد أجرى إدوارد ، وساندرا **(Edward & Sandra, 1994)** دارسة كان هدفها تدريب الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه على التحكم فى سلوكهم فى حجرة الدراسة وأثر ذلك على علاقتهم الاجتماعية مع الآخرين ، وقد تكونت عينه الدراسة من طفل واحد يعانى من هذا الاضطراب، وبعد الانتهاء من البرنامج التدريبى أوضحت نتائج الدراسة أن هذا الطفل استطاع أن يتحكم فى سلوكه الاندفاعى ويعدل فى نسبة كبيرة من سلوكياته غير المقبولة اجتماعياً مما انعكس أثره على علاقاته الاجتماعية مع أقرانه بحجرة الدراسة حيث اتسمت بالتفاعل الإيجابى .

كذلك أجرت ليندا **(Linda, 1994)** دراسة استهدفت تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وكان الأطفال فى عينة الدراسة يعانون من اضطرابات انفعالية شديدة تصاحب اضطراب الانتباه ، وقد أوضحت الباحثة فى نتائج دراستها أنها تمكنت من تعديل معظم السلوكيات غير المرغوبة لدى هؤلاء الأطفال ، وإكسابهم مهارات التفاعل الاجتماعى الإيجابى .

كما أجرى بفيفنر، وماك بونيت ,Pfiffner & Mc Burnett) 1997) دراسة كان هدفها تنمية مهارات التفاعل الاجتماعى لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه من خلال تدريب الوالدين على طريقة التفاعل والتعامل الصحيحة مع هؤلاء الأطفال ، وبعد الانتهاء من البرنامج قام الباحثان بمتابعة لهؤلاء الأطفال وآبائهم لمدة أربعة أشهر ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أنه أمكن تعديل السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال وتنمية مهارات التوافق الاجتماعى لديهم ، كما بينت النتائج أيضاً أن السلوك الصحيح الذى اكتسبه الطفل من خلال هذا البرنامج قد عممه على سلوكياته الأخرى فى البيئة المدرسية .

كذلك قام فرانكل وزملاؤه (Frankel, et al, 1997) بدراسة انتقال أثر التدريب المنزلى الذى يتلقاه الطفل من والديه فى البيئة المنزلية لتعديل سلوكه المشكل وتنمية مهاراته الاجتماعية وتعميم أثر هذا التدريب على سلوكه فى البيئة المدرسية ، وقد تكونت عينة الدراسة من أطفال مصابون باضطراب الانتباه ، وآخرون لديهم عناد وعدم الإذعان والطاعة فى اتباع التعليمات، وقد قسم هؤلاء الأطفال إلى مجموعتين حيث تلقى أطفال المجموعة الأولى تدريباً من آبائهم ، أما أطفال المجموعة الثانية فكانوا كمجموعة ضابطة حيث لم يتلقوا هذا التدريب .

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن الأطفال الذين تلقوا تدريباً من قبل آبائهم استطاعوا أن يعدلوا من سلوكياتهم غير المرغوبة وتعلموا مهارات التفاعل الاجتماعى الإيجابى ، كما أنهم قد نقلوا السلوك المتعلم الذى اكتسبوه من التدريب إلى البيئة المدرسية بمعنى أنهم قد قاموا بتعميم السلوكيات التى اكتسبوها فى البيئة المنزلية إلى سلوكيات أخرى مماثلة فى البيئة المدرسية .

الفصل الخامس

المشكلات التعليمية
المصاحبة لاضطراب الانتباه

المحتويات

المشكلات التعليمية التى تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال

رغم أن الدراسات العملية الحديثة قد أوضحت أن اضطراب الانتباه يرتبط بالضعف المعرفى والتأخر الدراسى، إلا أنها قد بينت فى نتائجها أنه منفصل عن صعوبات التعلم حيث إنه قد يوجد اضطراب الانتباه وحده لدى الطفل، وينجم عنه عدد من المشكلات التعليمية التى تؤدى إلى تأخر الطفل دراسياً، كذلك قد توجد صعوبات التعلم وحدها بدون هذا الاضطراب وهى تؤدى أيضاً إلى تأخر الطفل دراسياً ،وقد يجتمع هذا الاضطراب مع صعوبات التعلم لدى الطفل فى وقت واحد ،وهنا تتفاقم المشكلة حيث يزداد مستوى التأخر الدراسى لدى الطفل ويصعب تحسينه (Giler, et al, 1992),(Stephen, et al,1993)، ونظراً لأهمية هذا الموضوع لذلك سوف نتعرض لصعوبات التعلم والتأخر الدراسى لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب فيما يلى:

أولاً : صعوبات التعلم

تنتشر صعوبات التعلم بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه حيث إن معظمها قد يرجع إما لعدم قدرتهم على القراءة الشاملة للمادة المقروءة، أو لأنهم يعانون من اضطراب اللغة (Cynthia & George, 1993), (Stephen, 1996), (Cavanaugh, et al ,1997) ، وهذا ما بينته نتائج الدراسات السابقة .

فلقد قام كل من سينثيا، وجورج (Cynthia & George, 1993) بدراسة استهدفت فحص العلاقة بين اضطراب اللغة وصعوبات التعلم لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن اضطراب اللغة يرتبط بعلاقة موجبة مع صعوبات التعلم لدى هؤلاء الأطفال حيث إن اضطراب اللغة يجعلهم يعجزون عن تقديم الاستجابة الصحيحة التى

تدور بمخيلتهم ، وفضلاً عن ذلك فإن اضطراب الحديث لديهم يجعلهم يقفزون من موضوع إلى آخر غير قادرين على تقديم الاستجابة الصحيحة فى صورة منطقية مسلسلة.

كذلك أجرى ستيفين (Stephen, 1996) دراسة كان الهدف منها التعرف على قدرة الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه على القراءة الصحيحة، وقد تكونت عينة دراسته من (٢١) طفلاً بالمرحلة الابتدائية يعانون من هذا الاضطراب، و(٢١) طفلاً من أقرانهم الأسوياء الذين لا يعانون من هذا الاضطراب، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه لا يستطيعون قراءة المادة المقروءة قراءة شاملة حيث إنهم يقفزون من جملة إلى أخرى ومن فقرة إلى أخرى تاركين بعض السطور أو الفقرات بدون قراءة، ولذلك فإن ما يستقبلونه من معلومات مقروءة تكون غير مترابطة وغير مفهومة مما يجعلهم يصنفون بأنهم يعانون من صعوبات تعلم.

وأخيراً قام كافانو وزملاؤه (Cavanaugh, et al, 1997) بدراسة العلاقة بين صعوبات التعلم بصفة عامة، واضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وقد بينت نتائج دراستهم أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين صعوبات التعلم وهذا الاضطراب، كما أوضحت النتائج أيضاً أن صعوبات التعلم تنتشر بين (٣٠٪) من الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب.

ثانياً : التأخر الدراسي

لسنا بصدد الحديث عن أسباب التأخر الدراسى بصفة عامة فى هذا المجال، ولكننا سوف نقوم بمعالجة المشكلات التى تنجم عن إصابة الطفل باضطراب الانتباه ، وتؤدى إلى تأخره دراسياً ونوجزها فيما يلى :

١- ضعف القدرة على الفهم :

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يعانون من ضعف القدرة على فهم المعلومات التى يستقبلونها سواء كانت شفهية أو مكتوبة .

فبالنسبة للمعلومات الشفهية فقد أوضحت نتائج الدراسات الحديثة أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب لا يفهمون أكثر من (٣٠٪) من جميع المعلومات التى يسمعونها ، وهذه حقيقة علمية خطيرة توحى بأن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لا يفهم إلا ثلث المعلومات التى يتلقاها خلال اليوم الدراسى .

كذلك فإن هؤلاء الأطفال يعانون من ضعف القدرة على الإنصات ويبدون وكأنهم لا يسمعون ، ولذلك تضعف قدرتهم على فهم جميع المعلومات التى يستقبلونها عن طريق حاسة السمع، ونود الإشارة هنا إلى أن ضعف القدرة على الإنصات لدى هؤلاء الأطفال ليس لها علاقة بالقدرة على السمع، حيث إن حاسة السمع لديهم سليمة وتعمل بطريقة جيدة ، ولكن الجهاز العصبى لدى هؤلاء الأطفال يتصف بضعف القدرة على معالجة المعلومات المسموعة وربطها بالمعنى .

ويتضح ذلك عندما يوجد الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب مع آخرين يتحاورون ، حيث يشعر الطفل بأنه فى عزلة سمعية تبعده عن فهم ما يدور فى الحوار ، ولذلك فإنه يبتعد عن المشاركة فى هذا الحوار لأن خيوطه تكون غير واضحة لديه ، وإذا اشترك معهم فى الحوار فإن حديثه لا يرتبط بما يدور فيه : فعلى سبيل المثال إذا كان المعلم يقوم بشرح الدرس وسئل هذا الطفل سؤالاً فإن إجابته تبتعد تماماً عن السؤال الذى طرحه المعلم عليه،

ولذلك نجد أن الأطفال المصابين بهذا الاضطراب دائماً يخفقون فى الاختبارات الشفهية بالمدرسة وذلك لعدم قدرتهم على فهم الأسئلة .

وفضلاً عن ذلك فإن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لا يستطيع متابعة جميع المعلومات المسموعة التى يستقبلها ، فمثلاً إذا كان المعلم يشرح درساً ، وأراد أن يراجع مع الطفل ما قد تم شرحه ، فإن الطفل يندهش ويتعجب من المعلم ويقول له : أنت لم تقل ذلك أبداً ، أو أنا لم أسمعك تقول ذلك .

أما بالنسبة للمعلومات المكتوبة فإن الجهاز العصبى للطفل المصاب باضطراب الانتباه لا يستطيع أيضا معالجة كل ما يستقبله من المعلومات المقروءة ، ولذلك نجد أن هذا الطفل يخطئ كثيراً فى القراءة ، ويزداد معدل أخطائه كلما زادت المادة المقروءة ، حيث إن الطفل قد يقرأ الصفحة الأولى بدون أخطاء ، أما فى الصفحة الثانية فإنه يخطئ ، و تصل نسبة أخطائه فيها إلى (٢٠٪) تقريبا، وفى الصفحة الثالثة ترتفع نسبة هذه الأخطاء لتصل إلى حوالى (٦٠٪) تقريباً ، وهكذا يزداد معدل الأخطاء كلما زادت المادة المقروءة، ولذلك يجب على المعلم أن يقسم ما يجب على الطفل قراءته إلى وحدات صغيرة بحيث يجعله يقرأ وحدة منه، ثم يستريح الطفل بعضاً من الوقت ويعود بعدها لقراءة الوحدة الثانية، ثم يستريح الطفل وقتاً آخر، ويعود لقراءة الوحدة الثالثة ... وهكذا حتى ينتهى الطفل من القراءة .

ونخلص مما سبق أن الجهاز العصبى المركزى لدى الطفل المصاب باضطراب الانتباه لا يستطيع معالجة كل المعلومات السمعية والبصرية التى يستقبلها ، ولذلك نجد أن قدرته على الفهم ضعيفة جداً ويترتب على ذلك أنه يخطئ أيضاً فى الاستجابة.

٢ـ الاستجابة الخاطئة :

ترجع الاستجابة الخاطئة للطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه إما لضعف قدرته على الفهم والتى سبق الإشارة إليها ، أو لضعف قدرته على التذكر حيث لا تسعفه العمليات العقلية على استدعاء المعلومات الضرورية التى يحتاجها فى هذا الوقت من الذاكرة بعيدة المدى ، ولذلك فإن معظم استجابته تكون خاطئة ، ويمكننا أن نشاهد ذلك لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب عندما يقوم بالقراءة ، أو بحل مسألة فى الرياضيات حيث نجده يخطئ كثيراً فى القراءة لأنه ينسى أسماء الحروف ، كما أنه يخطئ أيضاً فى الرياضيات لأنه ينسى أسماء الأشكال الهندسية وعلامات الجمع والطرح والقسمة ، ولذلك فإنه يتوقف كثيراً ليبحث فى ذاكرته عن هذه المعلومات التى نسيها ، وعندما لا تسعفه الذاكرة فإنه يجيب بإجابات خاطئة ، ويؤثر ذلك على أدائه خاصة إذا كان يجيب على اختبار ما مما يجعله يحصل فيه على درجات منخفضة .

وفى بعض الأحيان تعمل الذاكرة بطريقة جيدة عندما يبدأ الطفل فى عمل معين ، ولكنها سرعان ما تضعف ، ويزداد هذا الضعف تدريجياً كلما زاد حجم العمل الذى يقوم به الطفل وزادت معه الفترة الزمنية التى يستغرقها هذا العمل ، فعلى سبيل المثال وليس الحصر إذا كان هذا الطفل يقوم بحل عدد من المسائل فى مادة الرياضيات ، فإنه قد يحل المسألة الأولى بدون أخطاء ، ولكنه يخطئ فى المسألة الثانية خطأ بسيطاً ، ويزداد حجم هذا الخطأ مع كل مسألة جديدة يقوم بحلها حتى يصبح الخطأ كلياً .

ونود الإشارة إلى أن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب يقوم بالاستجابة الخاطئة رغماً عنه ، ودون قصد منه حيث يرجع ذلك لعدم قدرته على التحكم فى جهازه العصبى وعملياته العقلية المضطربة ، ولذلك فإن المعلم

عندما يقوم بعقاب هذا الطفل وتوبيخه على أخطائه فإن الطفل يشعر بالفشل والدونية ويكوّن مفهوماً سالباً عن ذاته .

٣- كثرة النسيان:

إن كثرة النسيان من أهم السمات التى يتسم بها الطفل المصاب باضطراب الانتباه ، ولذلك نجده دائماً ينسى في الصباح بعض كتبه وأدواته الدراسية التى سيستخدمها فى هذا اليوم الدراسى ، وأثناء عودته من المدرسة فإنه ينسى أيضاً بعض كتبه وأدواته التى أخذها معه فى الصباح إلى المدرسة، كما يحدث ذلك أيضاً أثناء تنقل الطفل من حجرة الدراسة إلى حجرة النشاط والعكس ،وكذلك ينسى الطفل حل واجباته الدراسية بالمنزل واستذكار دروسه التى يجب عليه استذكارها، ومحصلة كل ذلك أن مستوى التحصيل الدراسى لدى هذا الطفل ينخفض ولذلك فإنه يتأخر دراسياً .

ونظراً لأن النسيان الدائم سمة أساسية تميز الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، لذلك يجب على المعلم أن يدون له فى دفاتره الواجبات المنزلية المطلوب منه حلها فى هذا اليوم ، ويدون له أيضاً الكتب والأدوات الدراسية التى يجب عليه أن يحضرها معه فى اليوم التالى ، وذلك لأن الجهاز العصبى لدى هؤلاء الأطفال لا يستطيع الاحتفاظ بالمعلومات الشفهية التى يسمعونها لمدة طويلة تسمح لهم بتذكرها بعد ذلك .

٤- شروط الذهن :

إن العملية التعليمية تتطلب من الطفل أن يركز انتباهه على المنبه الرئيسى وتجاهل المنبهات الأخرى التى ليس لها علاقة بالمنبه الرئيسى والتى تسمى بالمنبهات الشاذة أو الدخيلة ، وهذا الأمر يشكل صعوبة بالغة للطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه حيث يتشتت انتباهه بسهولة بين المنبهات

الدخيلة بعيداً عن المنبه الرئيسى فى العملية التعليمية . فعلى سبيل المثال نجد أن سقوط القلم على الأرض ، والصوت الذى يحدث أثناء تقليب صفحات الكتب ، والصوت الذى يأتى من خارج حجرة الدراسة ، أو الحركة البسيطة لأى كرسى من الكراسى التى يجلس عليها التلاميذ فى حجرة الدراسة تجذب انتباه هذا الطفل إليها بعيداً عن المعلم وما يقدمه من معلومات جديدة فى الدرس .

ونود الإشارة إلى أن التشتت المتكرر لانتباه الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب يجعله لا يكمل العمل الذى يقوم به . فمثلاً إذا كان الطفل يقوم بحل عدة مسائل فى مادة الرياضيات وتشتت انتباهه لأى منبه آخر ، ثم عاد بانتباهه مرة أخرى لإكمال العمل الذى يقوم به ، فإنه يعتقد أن المسألة التى كان يقوم بحلها قد انتهت ، ويبدأ فى حل مسألة جديدة ولم يدرك أن انتباهه كان مشتتاً بين منبهات أخرى جعلته لا ينهى حل المسألة السابقة ، ويحدث ذلك دائماً فى كل مرة يتشتت فيها انتباه هذا الطفل . ولذلك فإن المعلم عندما يقوم بمراجعة عمله فإنه يجد فيه فجوات كثيرة ويتهمه بالتقصير، وهذا الأمر يثير دهشة هذا الطفل لأنه يعتقد أنه قد أنهى العمل الذى كان يقوم به عندما توقف ، ولا يدرك أن انتباهه كان مشتتاً .

٥- نمط التفكير :

إن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لديه قدرة ضعيفة على التفكير ، كما أن نمط تفكيره غير مترابط، ولذلك نجده يستغرق فى التفكير فى موضوعات هامشية بعيدة كل البعد عن العمل الذى كان يقوم به وذلك مثل كلمة سمعها من أحد الزملاء ، أو مشهد رآه فى الطريق ، كما أن أفكاره تنتقل بسرعة شديدة من فكرة إلى أخرى ، ومن موضوع إلى آخر، ولذلك فإنه لا يستطيع تركيز تفكيره على العمل الذى يقوم به مما يجعله مليئاً بالأخطاء .

٦ـ الكتابة الرديئة :

إن كتابة الطفل المصاب باضطراب الانتباه مليئة بالأخطاء اللغوية حتى لو كان الطفل يقوم بالنقل من كتاب أمامه . فمثلاً عندما يقوم هذا الطفل بإعادة كتابة بعض الصفحات من كتاب القراءة ، أو نقل درس من على السبورة نجد أن الصفحة الواحدة مما كتبه مليئة بالأخطاء اللغوية رغم أن الطفل يرى أمامه الكلمات التى يكتبها ، وفضلاً عن ذلك فإن الصفحة التى كتبها تكون أيضاً مليئة بالمحو والشطب ، مما يجعل الشكل العام لها رديئاً، ولذلك فإنه دائماً يخفى دفاتره عن المعلم حتى لا يرى ما بها من أخطاء ومحو وشطب، وإذا اضطر إلى تقديمها للمعلم، فإنه يقدمها له بخجل واستحياء لسوء ما تحتويه.

٧ـ تجنب الموقف التعليمى :

إن الطفل المصاب باضطراب الانتباه يحاول أن يبتعد بشتى الطرق عن المواقف التعليمية بصفة عامة، والتى تحتاج إلى تفكير وجهد عقلى بصفة خاصة، ولذلك فإنه يحاول تجنب هذه المواقف بحيل شتى حيث نجده يشتكى مثلاً من صداع فى رأسه أو ألم فى بطنه، أو أنه يخرج من حجرة الدراسة لكى يذهب لدورة المياه ، أو لاستعارة شئ من صديقه أو شقيقه الموجود معه فى صف آخر بالمدرسة ، وعندما يخرج من حجرة الدراسة فإنه يتباطأ فى الرجوع إليها .

أما داخل حجرة الدراسة فإن هذا الطفل يحاول أن يتجنب الموقف التعليمى من خلال قيامه ببعض الأفعال التى تستهلك وقتاً طويلاً ، فمثلاً نجده يستغرق وقتاً طويلاً فى مسح السبورة ، أو برى القلم ، أو البحث عن شئ من أدواته فى حقيبة كتبه ، وإذا عجز عن تجنب الموقف التعليمى بأى حيلة عن

الحيل السابقة أو غيرها فإنه يجلس على مقعده ويهيم بخياله فى عالم آخر من أحلام اليقظة بعيداً عن العملية التعليمية .

وفى محاولة أخرى لتجنب الموقف التعليمى نجد أن هذا الطفل يتأخر دائماً عن زملائه سواء كان ذلك فى الحضور إلى المدرسة فى الصباح ، أو فى الدخول إلى حجرة الدراسة بعد طابور الصباح أو طابور الفسحة ،أو عند التنقل من حجرة النشاط إلى حجرة الدراسة ,(Jordan, 1992) (Cavanaugh, 1997) , (Velting & Whitehurst, 1997), (Purvis & Tannock, 1997) .

الفصل السادس

العــــلاج

المحتويات

- أولا : العلاج الطبى .
- ثانيا : العلاج السلوكى .
- ثالثا : العلاج النفسى .
- رابعا : العلاج التربوى .
- خامسا : العلاج الأسرى .
- علاج ضعف الانتباه لدى الأطفـــال المتخلفين عقليا .

علاج اضطراب الانتباه

لقد سبق أن بينا أن إصابة الأطفال باضطراب الانتباه يرجع لعدة أسباب تتعلق إما بالمخ ، أو بالوارثة أو بالظروف البيئية المحيطة ، وأشرنا كذلك إلى أن هذا الاضطراب غالباً ما يصاحبه اضطرابات أخرى سواء كانت سلوكية ، أو انفعالية ، أو تعليمية والتى قد تكون سبباً أو نتيجة لهذا الاضطراب ، ولذلك فإن علاج هذا الاضطراب لا يجب أن يعتمد على طريقة علاجية واحدة خاصة إذا كان يصاحبه أحد أو بعض الاضطرابات الأخرى سالفة الذكر ، حيث إن تعدد الطرق العلاجية تمكن المعالجين من علاج هذه الاضطرابات معاً ، وبعبارة أخرى علاج المرض: أى الاضطراب الأول فى الظهور ، وأعراضه أى الاضطرابات التى تصاحبه.

وعلى أية حال نود الإشارة إلى أن هناك عدداً من الطرق العلاجية التى تستخدم فى علاج هذا الاضطراب أهمها هو العلاج الطبى ، والعلاج السلوكى ، والعلاج النفسى ، والعلاج التربوى ، والعلاج الأسرى ، ونقدم فيما يلى عرضاً مختصراً لهذه الطرق العلاجية .

أولاً: العلاج الطبى

لقد سبق أن ذكرنا أن اضطراب الانتباه قد يرجع لإختلال التوازن فى القواعد الكيميائية الموجودة فى الناقلات العصبية بالمخ ، أو فى نظام التنشيط الشبكى لوظائف المخ ،ولذلك فإن العلاج الكيميائى الذى يستخدم فى هذه الحالة من خلال العقاقير الطبية يهدف إلى إعادة التوازن الكيميائى لهذه القواعد الكيميائية حيث إن تأثيره يؤدى إلى رفع الكفاءة الانتباهية لدى الطفل ،كما أنه يؤدى إلى زيادة قدرته على التركيز، ويقلل من مستوى الاندفاعية والعدوان،والنشاط الحركى المفرط (Pelham,et al,1990)

ولكن ما نود الإشارة إليه هو أن العــلاج بالعقــاقير الطبيــة لهــذا الاضطراب لا يكون فعالاً مع جميع الحالات حيث نجد أن الأطفــال المصــابون بهذا الاضطراب لأسباب تتعلق بتلف بالمخ لا يستجيبون للعــلاج الكيميــائى ، وهذا ما أشار إليه باركلى (Barkley , 1990) حيث أوضح أن هناك نســبة تصل إلى (٢٥٪) من الأطفال المصابين باضطراب الانتباه الذى يرجع لأسباب تتعلق بتلف بالمخ لا يستجيبون للعلاج بالعقاقير الطبية ، ولذلك نادى بضرورة تنوع الأساليب العلاجية التى تستخدم فى علاج هذا الاضطراب بحيــث إذا لــم يظهر تأثير لإحداها ، فقد يظهر تأثر للأخرى ، أو أن تتعــاون هــذه الطــرق العلاجية معاً لكى تعالج كل طريقة ما يخصها سواء كانت سلوكية أو نفسية أو تعليمية .

وعلى أية حال فإن العقاقير الطبية التى تســتخدم فــى عــلاج هــذا الاضطراب والتى ثبتت فعاليتها فى إعادة التوازن الكيميائى للقواعد الكيميائية بالمخ خاصة فى الناقلات العصبية ، ونظام التنشيط الشبكى لوظائف المخ هى الميثا يلفينيديت **Methylphenidate** والذى يعرف تجاريــاً باســم ريتــالين **Ritalin**، وأيضاً البيمولاين **Pemoline** والذى يعرف تجارياً باسم سيليرت **Cylert** ، وكذلك الدكسترو أمفيتــامين **Dextroamphetamine** والــذى يعرف تجارياً باسم ديكسادرين **Dexadrine**، ولقد أدى استخدام هذه العقاقير الطبية إلى تحسين مستوى الانتباه لدى الأطفال المصابين بهذا الاضطراب، كما أنها قللت أيضاً من شرود الذهن، والاندفاعية، والعدوانية ، والنشاط الحركــى المفرط لديهم **(Nussbaum & Bigler, 1990) ,(Gadow, et al 1995)**.

كذلك فإن مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقــات مثــل الأمــي برامــين **Imipramine** ، والديسيبرامين **Desipramine** تستخدم كعلاج بديل لهــذا الاضطراب خاصة عندما يصاحبه قلق واكتئاب ، كما يســتخدم أيضــاً عقــار

ألفا أدر ينيرجيك Alpha Adrenergic والذى يعرف تجارياً باسم كلونيدين Clonidine كعلاج بديل لهذا الاضطراب ، وهو يستخدم أساساً فى علاج التوتر الشديد ، ولكنه اقترح مؤخراً كعلاج لاضطراب الانتباه بعد أن ظهرت فعاليته فى خفض أعراض هذا الاضطراب خاصة خفض مستوى الاندفاع والعدوانية (Hunt, et al 1986).

وعلى الرغم من أن العلاج بالعقاقير الطبية فعال جداً فى معظم الحالات إلا أن له بعض الآثار الجانبية التى تظهر على الطفل مثل الأرق ، والخمول ، والميل للنوم، وفقد الشهية للطعام ، والصداع ، وآلام البطن ، والرعشة ، وتقلب الحالة المزاجية لدى الطفل ، ولكن معظم هذه الأعراض تزول تلقائياً وبالتدريج بعد أسبوع أو أسبوعين من بدء العلاج، كما أن بعضها الآخر يمكن التغلب عليه من خلال تنظيم وقت استخدام هذه العقاقير . فمثلاً الأدوية التى يترتب على استخدامها فقد الشهية للطعام يمكن استخدامها أثناء تناول الطعام أو بعد تناوله كما أن الأدوية التى يؤدى استخدامها إلى الخمول والميل للنوم يمكن تناولها فى الفترة المسائية فقط ، كذلك فإن الأدوية التى تؤدى إلى اضطرابات النوم يمكن إعطاؤها للطفل فى وقت مبكر .

ولكن ما نود الإشارة إليه هو أن اضطراب الانتباه يؤدى إلى تقلص بعض العضلات لدى الأطفال ، كما أن هناك بعض العقاقير المنبهة التى تستخدم فى علاج هذا الاضطراب تزيد من تقلص هذه العضلات مما يجعلها تتحرك لدى الطفل بطريقة لا إرادية وتظهر فى صورة إلزامية يطلق عليها باللوازم العصبية . فإذا ظهرت هذه اللوازم العصبية لدى الطفل أثناء تناوله لهذه الأدوية فيجب فى هذه الحالة وقف استخدامها فوراً واستبدالها بعقاقير أخرى لا تؤدى إلى تقلص هذه العضلات.

وفضلاً عما سبق فإن أهم مساوئ علاج هذا الاضطراب بالعقاقير الطبية هو أنه يستمر لفترة زمنية طويلة مما يؤدى إلى إدمان بعض الأطفال للعقاقير التى تستخدم فى العلاج (Nussbaum & Bigler, 1990).

ثانياً: العلاج السلوكى

يعتبر العلاج السلوكى من الأساليب العلاجية الناجحة والفعالة فى علاج اضطراب الانتباه لدى الأطفال، ويقوم هذا الأسلوب العلاجى على نظرية التعلم حيث يقوم المعالج بتحديد السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل ، وتعديلها بسلوكيات أخرى مرغوبة من خلال تدريب الطفل عليها فى مواقف تعليمية .

وعادة يستخدم التعزيز الإيجابى مع العلاج السلوكى لهؤلاء الأطفال ، وهو يعنى مكافئة الطفل بعد قيامه بالسلوك الصحيح الذى يتدرب عليه ، وقد يكون التعزيز الإيجابى إما مادياً مثل مكافئة الطفل ببعض النقود أو قطع الحلوى، أو معنوياً مثل تقبيل الطفل، أو مداعبته، أو مدحه بعبارات شكر مختلفة.

ونود الإشارة هنا إلى أنه إذا استخدم التعزيز الإيجابى فى العلاج السلوكى لهؤلاء الأطفال ، فيجب على من يقوم بتدريب الطفل أن يقدم التعزيز عقب السلوك المراد تعزيزه مباشرة لأن تأجيله قد يؤدى إلى نتائج عكسية .

فعلى سبيل المثال إذا قام الطفل بسلوك مرغوب وأراد المعالج مكافئته عليه ، فيجب فى هذه الحالة أن يتم التعزيز عقب قيام الطفل بهذا السلوك مباشرة ، لأنه فى حالة تأجيل التعزيز قد يقوم الطفل بسلوك آخر غير مرغوب فيه ، وعندما يتم التعزيز بعد ذلك فإن الطفل يعتقد بأن هذا التعزيز كان

للسلوك الأخير مما يشجعه على القيام بتكرار هذا السلوك غير المرغوب مــرة أخرى وذلك لاعتقاده الخاطئ بأن التعزيز الذى تم قبل ذلك كان موجهاً له . أى أن العلاج فى هذه الحالة سوف يأتى بنتائج عكسية حيث إنه سوف يعمل على تنمية السلوك غير المرغوب لدى الطفل (Barker, 1988) .

أما بالنسبة لفاعلية العلاج السلوكى لهذا الاضطــراب ، فقــد أجــرى كيندال وزملاؤه (Kendall, et al, 1985) دراسة هدفت إلى التعرف علـــى مدى فاعلية هذا العلاج فى خفض مستوى الاندفاع لدى الأطفال الذين يعــانون من هذا الاضطراب ، وقد بينت نتائج دراستهم أن اســـتخدام فنيــات العــلاج السلوكى فى التدريب قد أدى إلى خفض مستوى اندفاعهم ، ونمى لديهم القدرة على التحكم فى سلوكياتهم غير المرغوبة .

كما أجرى كل من كيربى ، جريملى (Kirby & Grimley, 1986) دراسة مشابهة هدفت إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكى فى تعديل السلوكيات السلبية داخل حجرة الدراسة لدى الأطفال الذين يعانون مــن هــذا الاضطراب والتى تعوق العملية التعليمية وتؤثر على تحصيلهم الدراسى ، وقد تكونت عينة دراستهم من أطفال يعانون من هذا الاضطراب تتراوح أعمـــارهم بين (٦-١٢) سنة ، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن العلاج السلوكى كـــان فعالاً جداً فى علاج وتعديل هذه السلوكيات السلبية لدى هؤلاء الأطفال.

ثالثاً: العلاج النفسى

إن اضطراب الانتباه يجعل الطفل المصاب به ، وكذلك والداه عرضـــة لبعض الاضطرابات الانفعالية .

فبالنسبة للطفل الذى يعانى من اضطراب الانتبـــاه نجــد أن المشــكلات

التعليمية التى تنجم عن هذا الاضطراب تؤدى إلى تأخره دراسياً ، كما أن قيامه ببعض السلوكيات غير المقبولة يؤدى أيضاً إلى اضطراب علاقته الاجتماعية مع المحيطين به خاصة أقرانه ، ومحصلة كل ذلك أن الطفل يشعر بالفشل و ينخفض تقديره لذاته ، كما أنه يشعر بالوحدة النفسية ، والقلق ، والاكتئاب ، وغيرها من الاضطرابات الانفعالية الأخرى .

أما بالنسبة للوالدين فالبعض منهم يعتقد أنه هو السبب فى إصابة طفلهم باضطراب الانتباه ولذلك فإنهم يشعرون بالذنب. كما أن السلوكيات غير الاجتماعية التى يقوم بها طفلهم المصاب بهذا الاضطراب تؤدى إلى توترهم وتسبب لهم ضغوطاً نفسية كثيرة تنعكس على العلاقة بين الوالدين والتى قد تؤدى فى بعض الأحيان إلى التصدع الأسرى ، ومن هنا كان تدخل العلاج النفسى والذى إما أن يوجه للطفل المصاب بهذا الاضطراب، وإما أن يوجه لوالديه بهدف تخفيف حدة هذه الاضطرابات الانفعالية سالفة الذكر لديهم.

وفضلاً عما سبق فإن العلاج النفسى يقدم للوالدين المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ويبين لهم الاضطرابات الانفعالية التى تصاحبه ، كما أنه يقدم لهم بعض التوجيهات التى تساعدهم على التعامل مع طفلهم الذى يعانى من هذا الاضطراب ، كما يقدم لهم أيضاً بعض الإرشادات التى يمكن من خلالها مساعدة طفلهم على التخلص من هذا الاضطراب ، أو تخفيف حدته ، ومساعدة الطفل على التكيف مع البيئة المحيطة به (Kelly & Aylward, 1992) .

رابعاً :العلاج التربوى

إن الأطفال المصابين باضطراب الانتباه يوجد لدى بعضهم صعوبات تعلم تلازم هذا الاضطراب والتى إما أنها تكون سبباً أو نتيجة لهذا الاضطراب،كما يوجد لدى بعضهم الآخر هذا الاضطراب بدون صعوبات التعلم .

فإذا كان الطفل يعانى من اضطراب الانتباه ، ولديه أيضاً صعوبات تعلم فإنه فى هذه الحالة يحتاج إلى خطة تعليمية خاصة حيث يجب أن تكون حجرة الدراسة العادية التى يدرس فيها مع أقرانه الأسوياء مجهزة بطريقة خاصة بحيث يكون موقعها بعيداً عن الضوضاء والمؤثرات الخارجية التى تشتت الانتباه السمعى لدى الطفل المصاب بهذا الاضطراب ، كما يجب أيضاً أن تكون جيدة الإضاءة والتهوية ومؤثثة بأثاث سليم يريح الطفل فى جلسته حيث إن الكرسى المكسور ، أو صغير الحجم يجعل الطفل يشعر بالقلق وعدم الراحة فى جلسته مما يؤدى إلى زيادة تململه وكثرة حركته البدنية والتى توجد أساساً لدى الطفل ، كما يجب أيضاً أن تخلو حجرة الدراسة من اللوائح التى تعلق على الجدران وغيرها من الأشياء التى تؤدى إلى تشتت الانتباه البصرى لدى هذا الطفل .

وفضلاً عما سبق يجب أن تكون هناك حجرة دراسية أخرى مجهزة بنفس الطريقة السابقة لكى يتم فيها التدريس للطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب بطريقة فردية ، كما يجب أن يقوم بهذا التدريس معلم آخر غير الذى يدرس لهذا الطفل فى اليوم الدراسى العادى ، والهدف من ذلك هو تنوع الموقف التعليمى ومصدر المعلومات ، لأن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه سريع الملل من النمط المتكرر ، ولذلك فإن تغيير حجرة الدراسة ، والاستعانة بمدرس آخر تختلف شخصيته وطريقة أدائه عن المعلم الأساسى للطفل يجعل هناك تشويقاً فى الموقف التعليمى ، ويساعد الطفل على التركيز مما يؤدى إلى رفع مستوى تحصيله الدراسى .

أما إذا كان الطفل يعانى من اضطراب الانتباه بدون صعوبات تعلم فإنه فى هذه الحالة يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام الخاص فى حجرة الدراسة العادية مع أقرانه الأسوياء ،حيث إن تشتت انتباهه، وضعف قدرته على

الإنصات ، وعدم قدرته على متابعة التعليمات، وما يعانيه من اندفاع ، وفرط في النشاط الحركي يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات ، ومدى فهمه لها ، ولذلك إذا استطاع المعلم السيطرة في حجرة الدراسة العادية على هذه الأعراض لدى هذا الطفل ، أو تخفيف مستوى حدتها من خلال استخدام المعلم لبعض الإستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه مثل هذا الطفل، والسيطرة على سلوكه غير المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق ، فإن مستوى التحصيل الدراسي سوف يرتفع لدى هذا الطفل .

كما يجب على المعلم أن يعرف كيف يتعامل ويتفاعل مع الطفل الذي يعاني من اضطراب الانتباه ، حيث إن النقد الذي يوجهه المعلم له يقابله هذا الطفل بالعناد والسلوك العدواني (Bart & Anna, 1992) .

أما التفاعل الإيجابي بينهم والذي يمكن أن يشارك فيه أقران هذا الطفل من الأسوياء فإنه يساعده على تكوين مفهوم موجب عن ذاته ، كما يساعده أيضاً على التخلص من سلوكه المشكل ، وينمي لديه القدرة على تركيز انتباهه على العملية التعليمية ، ولذلك فإن مستوى تحصيله الدراسي يرتفع وهذا ما أكدته بعض الدراسات العلمية الحديثة .

فقد قام جينفر وتوم (Jennifer & Tom, 1994) بدراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين الوضع الاجتماعي بين الأقران وتقدير الذات لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد تكونت عينة الدراسة من الأطفال الذين يدرسون بالصف الثالث الابتدائي حيث كان من بينهم (٨) أطفال يعانون من اضطراب الانتباه المصحوب بنشاط حركي مفرط ، وطفلان يعانون من هذا الاضطراب بدون فرط النشاط الحركي ، و(٢٦) طفلاً من الأسوياء ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين الوضع الاجتماعي للطفل بين أقرانه ، وتقديره لذاته ، كما كانت هناك علاقة ارتباطية سالبة أيضاً

بين اضطراب الانتباه وتقدير الطفل لذاته . بمعنى أن هذا الاضطراب يزداد لدى الطفل كلما انخفض تقديره لذاته .

كما أجرى جون ، وزملاؤه (John, et al, 1995) دراسة كان هدفها التعرف على طبيعة علاقة كل من المعلم والأقران بالطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه ، وأثرها على سلوكه المشكل فى حجرة الدراسة ، وقد تكونت عينة الدراسة من ثلاثة أطفال يعانون من اضطراب الانتباه ، وأقرانهم الأسوياء بحجرة الدراسة ، ومعلم الفصل ، وقد تراوحت أعمار الأطفال فى عينة الدراسة بين (٧-٩) سنوات .

وقد بينت النتائج أن التفاعل السلبى بينهم كان يؤدى إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين باضطراب الانتباه، بينما كان التفاعل الايجابى بينهم يقلل من عدد وحدة السلوكيات المشكلة لديهم .

كذلك قام كل من جورج ، وباتريكيا (George & Patricia, 1993) بدراسة كان هدفها التعرف على مدى فاعلية التفاعل الايجابى بين الأقران فى خفض أعراض اضطراب الانتباه لدى الأطفال ، وأثر ذلك على تحصيلهم الدراسى . وقد بينت النتائج أن التفاعل الإيجابى مع الأقران يرفع تقدير الذات الموجب لدى الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن هذا التفاعل الإيجابى قد أدى إلى زيادة تركيز الانتباه لدى هذا الطفل على العملية التعليمية وقلل من نشاطه الحركى المفرط ، كما أن مستوى تحصيله الدراسى قد ارتفع .

الشروط الواجب توافرها فى العلاج التربوى

يحتاج العلاج التربوى إلى بعض الشروط الواجب توافرها حتى يكتب له النجاح ونشير إلى أهمها فيما يلى :

١- يجب أن يحسن اختيار المعلم الذى سيقوم بالتدريس للأطفال المصابين باضطراب الانتباه بحيث يتمتع بالصبر، ويكون لديه الاستعداد النفسى والبدنى للعمل مع هؤلاء الأطفال ، وذلك لأن العمل مع هؤلاء الأطفال يحتاج إلى صبر وجهد أكثر مما يحتاجه مع الأطفال الأسوياء.

٢- أن يتم تدريب هذا المعلم على كيفية التدريس للأطفال المصابين باضطراب الانتباه ، وتزويده بفنيات العلاج التربوى التى تساعده على نجاحه فى عمله معهم .

٣- يجب أن يتم تكوين فريق عمل بالمدرسة يتكون من مدير المدرسة والمعلم الذى تم اختياره ليقوم بالتدريس للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، والأخصائى النفسى ، والأخصائى الاجتماعى ، والزائرة الصحية أو الممرضة إن وجدت ، ويجب تزويدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب الانتباه لدى الأطفال من حيث أسبابه وأعراضه ، ومظاهره السلوكية ، والاضطرابات السلوكية والانفعالية والتعليمية التى تصاحبه.

٤- يجب أن يقوم فريق العمل بوضع خطة علاجية شاملة يشترك فيها أعضاء هذا الفريق كل حسب تخصصه ، كما يجب أن يقوم كل عضو بمتابعة الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب كل حسب تخصصه ، ويقوم بتسجيل أية ملاحظات لمناقشتها مع فريق العمل ، فمثلاً يقوم المعلم بتدوين كل الملاحظات التى تشير إلى أعراض اضطراب الانتباه فى حجرة الدراسة مثل سقوط الطفل

من على الكرسى ، أو تشتت إنتباهه بسهولة ، أو كتابة جملة واحدة فى مدة زمنية طويلة ... وهكذا .

٥- يجب أن يكون هناك اتصال مستمر بين فريق العمل ، وأسرة الطفل لكى يحصلوا من الوالدين على بعض المعلومات المتعلقة بالتاريخ التطورى لهذا الاضطراب ، وكذلك أعراضه فى البيئة المنزلية لكى يمدوا الوالدين أيضاً ببعض الإرشادات التى يمكنهم الاستفادة منها فى البيئة المنزلية .

٦- بعض الآباء ليس لديهم دارية أو أية معلومات سابقة عن اضطراب الانتباه ، كما أنهم لا يعلمون أن طفلهم مصاب بهذا الاضطراب ، ولذلك يجب على فريق العمل عدم تبليغهم مباشرة بأن طفلهم يعانى من هذا الاضطراب ، ولكنهم يقولون للوالدين أن المعلم قد لاحظ على طفلهم عدم الانتباه ، وكثرة نشاطه الحركى ، والسقوط من على الكرسى ، وغيرها من الأعراض التى يلاحظها المعلم على الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب فى حجرة الدراسة ، وبعد مرور فترة زمنية من التعامل والتعاون بين فريق العمل والوالدين يمكن تبليغهم تدريجياً بأن طفلهم يعانى من هذا الاضطراب .

خامساً: العلاج الأسرى

تنتشر الاضطرابات السلوكية بين الأطفال المصابين باضطراب الانتباه وذلك مثل الاندفاع والعدوان والعناد ونوبات الغضب الشديد، وغيرها من أشكال السلوك غير المقبول اجتماعيا، وهذه الاضطرابات السلوكية ينجم عنها اضطراب فى علاقة الطفل بالمحيطين به مما يجعله يعانى من عدم القدرة على التكيف الاجتماعى مع البيئة الاجتماعية المحيطة به .

كما أنها تؤدى أيضاً إلى اضطراب علاقة الطفل بوالديه مما يجل الجو العام للأسرة مشوباً بالتوتر وشدة الانفعال خاصة فى الأسر التى يكون فيها الوالدان ليس لديهم المعلومات الكافية عن هذا الاضطراب ، والاضطرابات السلوكية التى تصاحبه، وكذلك الوالدان الذين تنقصهم الخبرة الكافية فى التعامل مع هؤلاء الأطفال .

فعلى سبيل المثال نجد أن العناد هو أحد المشكلات السلوكية التى تصاحب اضطراب الانتباه لدى الأطفال، وهذا العناد من قبل الطفل يولد الكثير من المشكلات والتفاعلات السلبية بين الطفل ووالديه.

فمثلاً إذا أراد الطفل أن يقوم بسلوك غير مرغوب ، وأراد والده أن يمنعه من ذلك فإن الطفل قد يلجأ إلى البكاء الحار والصراخ الشديد لكى يجبر والده على أن يتركه يفعل ما يريد، فإذا تراجع الوالد عن موقفه فإن هذا سوف يؤدى إلى تعزيز هذا السلوك لدى الطفل تعزيزاً سالباً مما يجعله يقوم بهذه الاستجابة الخاطئة للسلوكيات المماثلة فى التفاعلات المقبلة مما يؤدى إلى زيادة أشكال السلوكيات غير المرغبة لدى هذا الطفل.

أما إذا تمسك الوالد بموقفه وأصر عليه ، واستمر الطفل فى عناده فإن ذلك سوف يؤدى ذلك إلى زيادة توتر وانفعال الوالد، وقد يصل به الأمر إلى معاقبة هذا الطفل عقاباً بدنياً لإجباره على طاعته والتخلى عن هذا السلوك غير المرغوب.

وإن مثل هذا التفاعل السلبى بين الطفل ووالديه يؤدى إلى حدوث فجوة فى العلاقة بينهم يترتب عليها انخفاض التفاعل الإيجابى بينهم ، وزيادة المشكلات السلوكية لدى هذا الطفل (Lorber & Patterson, 1981).

من هنا جاء دور العلاج الأسرى حيث إن هدفه الأساسى هو تعديـــل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب الانتباه لكى تصبح ملائمة لهذا النوع من العلاج ، وذلك لأن المشكلات العائلية والخلافات الزوجية تعوقه عن تحقيق الأهداف المرجوة منه كما يهدف أيضاً إلى تدريب الوالدين على كيفية تعديـــل السلوك المشكل لدى طفلهم فى بيئته الطبيعية بـــالمنزل (Barkley,1981) ، حيث يتم ذلك من خلال تدريب الوالدين على برامج صممت من أجل تحقيق هذا الهدف ، وسوف نتناولها فى فصل لاحق .

علاج ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً

يرى كل من زيمان و هاوس (Zeaman & House, 1979) أن ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً يرجع لعدم قدرتهم على اســـتخدام المثيرات البصرية المناسبة فى عملية التعليم ، ولذلك فقـــد نـــادى ســـوارس وزملاؤه (Soraci, et al, 1990) بضرورة تدريب الأطفال المتخلفين عقليـــاً على تنمية الانتباه البصرى حتى يمكنهم الاســـتفادة مـــن الـــبرامج التربويـــة المقدمة لهم .

وهنا يرى لوفاس وزملاؤه (Lovase, et al, 1979) أن المثـــيرات البصرية التى تستخدم فى تدريب الأطفال المتخلفين عقلياً على تنمية الانتبـــاه البصرى لديهم يجب أن تقدم لهم وفقاً لثلاث حالات : فالحالة الأولى يطلب فيها من الطفل أن ينتبه لمثير بصرى واحد يقع بين عدد من المثـــيرات البصريـــة الأخرى والتى تشترك معه فى بعض الخصائص الفيزيائية ، وتختلف معه فـــى أحدها مثل الطول ، واللون ، والشكل ، وهذه المثيرات الأخيرة يطلـــق عليهـــا المثيرات المشوشة ، وفى هذه الحالة ينبه دينســـمور (Dinsmoor, 1985) بأن هذه المثيرات المشوشة يجب أن تكون قليلة العدد حيث إن كـــثرة عددهـــا يؤدى إلى تشتت الانتباه البصرى لدى الطفل المتخلف عقلياً .

أما بالنسبة للحالة الثانية فإنه يطلب فيها من الطفـــل الانتبـــاه إلـــى تفاصيل محددة داخل المثير الهدف نفسه وذلك مثـــل اختـــلاف جـــزء معيـــن منه فى اللون ، او الشكل، أو الطول . أما الحالة الثالثـــة فإنـــه يطلـــب مـــن الطفل الانتباه لمثير يقع بين عدد مـــن المثـــيرات التـــى تختلـــف عنـــه فـــى الخصائص الطبيعية ، وهذا النوع من الانتباه يطلق عليه الانتباه إلى الضد .

وعلى أية حال فإن الدراسات السابقة التى اهتمـــت بتنميـــة الانتبـــاه البصرى قد أكدت على أن كلاً من الإرشادات اللفظية ، وحركة المثير الهدف ، وتغيير موقعه ، واختلاف لونه ، ودرجة نصوعه تجـــذب الانتبـــاه البصـــرى وتساعد على تنميته , **(Tarver, et al, 1976),(Fleming, et al, 1980) (McLeskey, et al, 1985)** .

ومن خلال استقرائنا للتراث المتاح منـــذ عـــام (١٩٧٠)حتـــى عـــام (١٩٩٨) وجدنا أن الدراسات التى أجريت بهدف علاج ضعف الانتبـــاه لـــدى الأطفال المتخلفين عقلياً وتنميته كانت قليلة العدد وهى كما يلى :

لقد قام مكليسكى وزملاؤه **(Mcleskey, et al, 1982)** بدراسة كان هدفها التعرف على وسائل توجيـــه ، وجـــذب الانتبـــاه للمثـــيرات البصريـــة لدى الأطفال المتخلفين عقلياً حتـــى يمكـــن الاســـتفادة منهـــا فـــى الـــبرامج التعليمية التى تناسب أطفال هذه الفئة ، وقد تكونـــت عينـــة الدراســـة مـــن (٦٥)طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً تراوحت نسبة ذكائهم بين (٥٥-٧٠) ، وقد أوضحت نتائج هـــذه الدراســـة أن التعليمـــات المكتوبـــة أو المنطوقـــة التى تقدم قبل عرض المشهد البصرى بثوان قليلـــة، وكذلـــك الســـهم الـــذى يشير إلى جهة ظهور المثير الهدف لهم فعالية قويـــة فـــى توجيـــه انتبـــاه الأطفال المتخلفين عقلياً لموقع المثير الهـــدف، كمـــا بينـــت النتـــائج أيضـــاً

أن حركة المنبه إلى الأمام والخلف ، أو من جهة إلى أخرى وسيلة هامة في جذب الانتباه لدى أطفال هذه الفئة ، كما أوضحت النتائج أيضاً أن موقع المنبهات له دور كبير في جذب الانتباه حيث إن المنبهات القريبة تجذب الانتباه أكثر من المنبهات البعيدة ، كما أن المنبهات التي تقع في الجزء الأعلى من المشهد البصري تجذب الانتباه إليها أكثر من المنبهات التي تقع في الجزء الأسفل منه .

كذلك قام مكليسكي (Mecleskey, 1985) بدراسة كان هدفها تحسين ضعف الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من خلال استخدام وسيلتين لتوجيه الانتباه هما السهم،والتناقض في اللون ، وقد تكونت عينة الدراسة من (٣٥)طفلاً من الأطفال المتخلفين عقلياً تراوحت نسبة ذكائهم بين(٥٥-٧٠) .

وقد بينت نتائج الدراسة أن السهم الذي يشير إلى موقع المثير الهدف قد أدى إلى تحسين الانتباه البصري لدى أفراد العينة ، بينما لم يحدث هذا التحسن عند استخدام التناقض في الألوان .

كذلك أجرى جوتز (Goetz, 1987) دراسة استطلاعية كان الهدف منها التعرف على مدى إمكانية تعلم الانتباه البصري لدى الأطفال المتخلفين عقلياً، وقد تكونت عينة دراسته من طفلة واحدة عمرها ثلاث سنوات لديها تخلف عقلي شديد ، وقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى الانتباه البصري قد تحسن لدى هذه الطفلة حيث زادت مدته بعد تدريبها على أنشطة البرنامج .

وأخيراً قام السيد على (١٩٩٨) بدراسة حديثة هدفت إلى تنمية الانتباه البصري لدى الأطفال المتخلفين عقلياً من خلال تدريبهم على برنامج صممه الباحث لهذا الغرض ، ولقد تكونت عينة دراسته من (٢٠) طفلاً

تراوحت أعمارهم بين(٨-١٢)سنة،كما تراوحت نسبة ذكائهم بين(٥٦-٦٣) ، وقد أوضحت نتائج الدراسة أن الباحث قد تمكن من تنمية مدة الانتباه البصرى لدى أفراد العينة لكل من الضوء ، واللون، والاتجاه، والحجم ، والشكل . بعد تدريبهم على أنشطة البرنامج .

الفصل السابع

برامج العلاج الأسرى

المحتويات

- برامج تدريب الوالدين .

١- برنامج فورهاند، وماكماهون .

٢- برنامج باتيرسون .

٣- برنامج باركلى .

برامج تدريب الوالدين

تهدف هذه البرامج إلى تدريب الوالدين على تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه وذلك فى بيئتهم المنزلية التى يعيشون فيها ، وقد وقع اختيارنا على ثلاثة منها سنتعرض لها فيما بعد ، ويرجع اختيارنا لهذه البرامج دون سواها لأنها قد أثبتت فعاليتها فى تعديل السلوك المشكل لدى هؤلاء الأطفال ولذلك فإنها تعد من أكثر البرامج شيوعاً فى هذا التدريب فى الوقت الحالى ، وفضلاً عن ذلك فإنها تطبق على الأطفال فى عمر المدرسة والذين نركز عليهم فى معالجتنا لهذا الكتاب ، ونقدم فيما يلى عرضاً مختصراً لهذه البرامج الثلاث :

١- برنامج فورهاند ، وماكماهون

لقد صمم كل من فورهاند ، وماكماهون Forehand and McMahon هذا البرنامج عام (١٩٨١) حيث كان يستخدم لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٢-٨) سنوات ، وبعد أن ثبتت فاعليته فى علاج هذه المشكلات السلوكية لديهم اقترح مؤخراً لعلاج هذه المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد كان هذا البرنامج ذا فعالية عالية فى علاج هذه المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال.

ويستند هذا البرنامج على نظرية التعلم الاجتماعى حيث يقوم المعالج بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك المشكل لدى طفلهم بهدف تعديله إلى سلوك مقبول اجتماعيا ، ويقترح فورهاند ، وماكماهون أنه يجب تقديم التعزيز الإيجابى للطفل عقب كل محاولة ناجحة لتعديل السلوك غير المرغوب ، كما يجب تقديم التعزيز السالب عقب كل سلوك غير مرغوب يقوم

به الطفل ، أما عن طريقة العقاب المقترحة فى هذا البرنامج فإنها تتمثل فى عزل الطفل فى حجرة خاصة ، ويتم تدريب الوالدين على هذا البرنامج من خلال لعب الدور ، كما أن المعالج يقوم بملاحظة التفاعل بين الوالدين والطفل ويقوم بتوجيه الوالدين لطريقة التفاعل الصحيحة مع كل سلوك منها ، وسوف نتعرض لهذه النقاط عند معالجتنا لطريقة تطبيق البرنامج .

أهداف البرنامج :

يهدف هذا البرنامج إلى تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع السلوك المشكل لدى طفلهم، وتعميم هذا التفاعل مع الأنماط السلوكية غير المرغوبة التى يظهرها الطفل فى المنزل .

محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه :

يبين كل من فورهاند ، وماكماهون أن تدريب الوالدين على هذا البرنامج يتم فى أربع خطوات : ففى الخطوة الأولى يقوم المعالج بإجراء مقابلة مع الوالدين معاً بدون الطفل لكى يتعرف من خلالهما على المشكلات السلوكية التى يظهرها الطفل فى المنزل ، كما يجرى مقابلة أخرى مع الوالدين والطفل معاً لكى يعرف منها نقاط القوة والضعف فى شخصية الطفل وسلوكه حتى يمكن الاستفادة منها فى تطبيق البرنامج .

بعد ذلك يقدم المعالج للوالدين معلومات كافية عن السلوك المشكل لدى الأطفال فى هذه المرحلة العمرية ، ويبين لهم الحدود الفاصلة بين السلوك المشكل وغير المشكل وفقاً لعمر الطفل . بمعنى أن يوضح لهم أن السلوك الذى يقوم به الطفل قد نعتبره طبيعياً فى مرحلة عمرية معينة ، وقد نعتبره مشكلاً فى مرحلة عمرية أخرى . فعلى سبيل المثال فرط النشاط الحركى نعتبره سلوكاً طبيعياً فى مرحلة الطفولة المبكرة ، بينما نعتبره سلوكاً مشكلاً فى عمر المدرسة.

أما الخطوة الثانية فهى التى يقوم فيها المعالج بتدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع طفلهم ، وتتم عادة فى عشر جلسات تدريبيـــة ، ويمكن زيادتها حسب عدد المشكلات السلوكية التى يظهرها الطفل ومســتوى حدتها ، كما يقوم المعالج أيضاً بتدريب الوالدين على طريقة التعامل والتفاعل الصحيحة مع جميع المشكلات السلوكية التى يظهرها الطفل فى آن واحد .

وطريقة التدريب المتبعة فى هذا البرنامج هــى لعــب الــدور حيــث يتقمص المعالج شخصية الأب ، بينما يتقمص الوالد شخصية الطفــل ويظهــر خلال تقمصه لهذه الشخصية المشكلات السلوكية التى توجد لدى طفله ، ويقوم المعالج بتقديم الاستجابة الصحيحة لكل سلوك منها .

بعد ذلك تأتى الخطوة الثالثة وهى ملاحظة التفــاعل بيــن الوالديــن والطفل ويتم ذلك فى المكان الذى يقوم فيه المعالج بعمليــة التدريــب والتــى يحضرها كلا الوالدين وطفلهما حيث يدخلون حجرة خاصة بالملاحظة ، وهــى مجهزة لهذا الغرض ، ويوجد بها نافذة زجاجية تسمح للمعالج برؤيتهــم ، ولا تسمح برؤيتهم له حتى لا يؤثر ذلك على طريقة التفاعل بين الوالدين والطفل ، ويضع كلا الوالدين سماعة فى أذنه لجهاز استقبال لاسلكى لكى يســمعا مــن خلالها توجيهات المعالج لهما أثناء تفاعلهما مع سلوكيات الطفل.

وفى حجرة الملاحظة يقوم الوالدان بالتفاعل الطبيعــى مــع طفلهمــا وتشجيعه على أن يظهر سلوكه المشكل ، ويقوم المعــالج بتوجيــه الوالديــن لطريقة التفاعل الصحيحة مع كل سلوك منها ، وبعد الانتهــاء مــن الجلســة التدريبية وعودة الوالدين إلى منزلهم يقوم الوالدان بنقل ما تعلموه إلى البيئــة المنزلية وتطبيقه مع الطفل أثناء تفاعلهم معه ، وفى الجلسة التالية وقبل بدء التدريب يناقش المعالج مع الوالدين المشكلات والصعوبات التى واجهتهم أثناء

تطبيق ما تعلموه من تدريب على طفلهم بالمنزل ، ويقدم لهم التوجيهات اللازمة ، ويستمر التدريب بهذه الطريقة حتى يتم تعديل جميع السلوكيات المشكلة لدى الطفل .

أما الخطوة الرابعة فى هذا البرنامج فإنها تتعلق بتدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفل ، حيث إن الطريقة المقترحة فى هذا البرنامج هى عزل الطفل فى حجرة خاصة مجهزة لهذا الغرض تسمى حجرة العزل ، ويجب أن تكون هذه الحجرة آمنة على الطفل ، وخالية من الأثاث حتى لا تثير اهتمام الطفل فيعبث بها وينسى شعوره بالعزل والعقاب ، كما يجب أن يكون الشكل العام لهذه الحجرة غير محبب لنفس الطفل حتى يشعر أثناء تواجده فيها بالضيق والضجر ، كما يجب أن يقفل عليه بابها ويترك معزولاً بها لمدة خمس دقائق حتى يهدأ ويتعهد للوالدين بعدم تكرار السلوك غير المرغوب الذى يعاقب عليه بهذا العزل ، أما إذا عاند الطفل ولم يذعن للوالدين فإنه يستمر معزولاً لمدة خمس دقائق أخرى ، فإذا استمر أيضاً فى عناده ففى هذه الحالة يجب أن تسحب منه بعض الامتيازات أو المكافئات التى حصل عليها فى هذا اليوم مع الاستمرار فى عزله حتى يرضخ لتعليمات الوالدين ويبدى استعداده لاتباع تعليماتهما والعزول عن السلوك غير المرغوب الذى يعاقب عليه .

٢- برنامج باتيرسون

لقد كان باتيرسون **Patterson** يعمل فى مركز اوريجون **Oregon** للتعلم الاجتماعى حيث كان مهتماً بدراسة أنماط التفاعل الاجتماعى داخل الأسرة والتى تكمن وراء السلوك المشكل لدى الأطفال ، ونتيجة لخبرته الواسعة فى هذا المجال واستناداً لنتائج الدراسات السابقة التى قام بها مع زملائه فى مركز أوريجون السابق الإشارة إليه والتى فحصت أنماط التفاعل الاجتماعى للوالدين داخل الأسرة وعلاقتها بالسلوك المشكل لدى أطفالهم ،

واعتمادا على مبادئ نظرية التعلم الاجتماعى قام باتيرسون بتصميم هذا البرنامج عام(١٩٨١).

ولقد كان الهدف من هذا البرنامج فى البداية هو تخفيف حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال من خلال تدريب الوالدين على طريقة التفاعل الصحيحة مع هذا السلوك المشكل لدى أطفالهم ، ولما ثبتت فعاليته فى خفض حدة السلوك العدوانى لدى الأطفال اقترح استخدامه فى تعديل الأنماط السلوكية المشكلة الأخرى لدى الأطفال ، وقد كان فعالاً جداً فى تعديلها ، ولذلك تم إستخدامه فى تعديل هذه السلوكيات المشكلة لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وقد أوضح باتيرسون أن هذا البرنامج كان فعالاً جداً فى تعديل هذه السلوكيات المشكلة لدى هؤلاء الأطفال .

ولما كان هذا البرنامج يقوم على نظرية التعلم الاجتماعى ، لذلك فإن باتيرسون يطالب بأن تدريب الوالدين على هذا البرنامج لابد أن يكون على يد مدرب متمكن يكون ملماً بنظرية التعلم الاجتماعى ، وله خبرة واسعة فى العلاج السلوكى لكى يتمكن من تطويع البرنامج بما يتناسب مع ظروف كل أسرة ، ونوعية السلوك المشكل لدى الطفل .

هدف البرنامج :

إن الهدف الرئيسى لهذا البرنامج هو تصحيح طريقة التفاعل الاجتماعى التى تحدث بين الوالدين وطفلهم الذى لديه سلوك مشكل حتى يمكن تعديله ، ومنع الوالدين من تعديله الجبرى ، وذلك لأن التفاعل السلبى بين الوالدين والطفل يحدث فجوة فى العلاقة الاجتماعية بينهما تعوق البرنامج عن تحقيق أهدافه ، كما أنه يؤدى أيضاً إلى زيادة الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الطفل خاصة إذا كان يعانى من اضطراب الانتباه .

محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه :

يتكون هذا البرنامج من خمس دورات تدريبية ، وكل دورة منها لهـــا هدف خاص بها ، وتتكون من عدد من الجلسات التدريبية يتحدد عددها حسب تقدم الوالدين فى التدريب ، وينصح باتيرسون المدرب بعدم الانتقال من دورة تدريبية إلى دورة أخرى قبل تمكن الوالدين مما تعلموه فى الدوارات الســـابقة ونقدم فيما يلى عرضاً مختصراً لهذه الدورات التدريبية :

الدورة الأولي : فى هذه الدورة التدريبية يتعرف المدرب أولاً على عمر الطفـــل، ويحصر المشكلات السلوكية لديه ، ويتعرف من خلال الوالديـــن علـــى مـــدى تأثيرها على أفراد الأسرة ، كما يعرف منهم أيضاً الطريقة التى يتبعونها فـــى التعامل مع كل سلوك منها .

بعد ذلك يقوم المدرب بعرض نظرية التعلم ، على الوالدين ويبين لهم أن المشكلات السلوكية لدى الأطفال لا تختفى بدون تدخل الوالدين وتفـــاعلهم الصحيح مع كل سلوك منها ، كما يوضح لهم أيضاً أن تفاعلهم مع الطفل يعمل تغذية مرتجعه للطفل تساعده على تعديل سلوكه غير المرغوب ، ثم يعـــرض المدرب بعد ذلك أنماط السلوك المشكل الـــذى يظهـــره الأطفـــال فـــى عمـــر المدرسة ، وفى عمر ما قبل المدرسة ، ويوضح للوالدين أن طريقة تفـــاعلهم مع أى سلوك منها يجب أن تختلف حسب المرحلة العمرية للطفل لأن السلوك الذى نعتبره طبيعياً فى مرحلة عمرية معينة قد نعتبره مشـــكلاً فـــى مرحلـــة عمرية أخرى .

الدورة الثانية : ويتم فيها تدريب الوالدين على إقامة علاقة طيبة مـــع طفلهـــم وتنمية التواصل الاجتماعى والتفاعل الإيجابى بينهم ، كما يتم فيها أيضاً تحديد سلوك واحد من السلوكيات المشكلة لدى الطفل ويبدءون فى التدخل والتفـــاعل

معه لتعديله ، أما إذا كان هذا السلوك معقداً فيقوم المدرب بتقسيمه إلى أجزاء حيث يتفاعل الوالدان مع الجزء الأول منه ، وعندما يتم تعديله ينتقلان إلى الجزء الثانى ..... وهكذا حتى يتم تعديل هذا السلوك كاملاً ، وبعدها يتم تحديد سلوك أخر ويتم التفاعل معه بنفس الطريقة السابقة ، وتستمر هذه العملية مع جميع السلوكيات المشكلة لدى الطفل .

الدورة الثالثة: وفيها يتم تدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفل من خلال عزله فى حجرة خاصة وهى تشبه تماماً الطريقة التى استخدمها كل من فورهاند، وماكماهون فى البرنامج السابق ، ولكن باتيرسون أضاف عليها شريط فيديو قدمه مع هذا البرنامج حيث عرض فيه طريقة استخدامه لهذا النوع من العقاب مع الأطفال ذوى السلوكيات المشكلة وذوى الأعمار المختلفة لكى يسترشد به الوالدان ، ويؤكد باتيرسون أن العقاب بهذه الطريقة فعال جداً فى تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال بصفة عامة ، ولدى الذين يعانون من اضطراب الانتباه بصفة خاصة .

الدورة الرابعة : فى هذه الدورة يقوم المدرب بتدريب الوالدين على كيفية استخدام طريقة العزل هذه مع سلوكيات الطفل الأخرى غير المقبولة مثل رفض الطفل للنوم فى موعده،أو رفضه حل الواجبات الدراسية المنزلية،كما يتم فى هذه الدورة أيضاً تدريب الوالدين على استخدام هذه الطريقة من العقاب مع السلوكيات الأخرى غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل خارج المنزل مثل تلك التى تحدث أثناء ذهابهم للأماكن العامة ، أو أثناء زيارة أحد الأقارب ، ويرى باتيرسون أنه يمكن استخدام هذا النوع من العقاب مع هؤلاء الأطفال فى المدرسة .

الدورة الخامسة : إن الهدف من هذه الدورة هو متابعة الأسرة للتأكد من استمرار طريقة التفاعل الصحيحة بين الوالدين والطفل من جهة ، واستمرار سلوكيات الطفل التى تم تعديلها من جهة أخرى ، وتقديم التوجيهات اللازمة للوالدين عند حدوث تغيير فى أى سلوك منها .

٣- برنامج باركلى

لقد صمم باركلى Barkley هذا البرنامج عام (١٩٨٧) ، وهو يهدف إلى تدريب الوالدين على علاج المشكلات السلوكية لدى أطفالهم الذين يعانون من اضطراب الانتباه والذين تتراوح أعمارهم بين (٢-١١) سنة ، ويبين باركلى أن الوالدين الأكثر استفادة من التدريب على هذا البرنامج هم أولئك الذين وصلوا فى التعلم إلى المرحلة الثانوية وما بعدها ، وكذلك الذين يوجد لديهم قدر بسيط من المشكلات العائلية ، والضغوط النفسية التى تنجم عن السلوك المشكل لدى أطفالهم .

وقد نشر باركلى هذا البرنامج مطبوعاً ، وبين للوالدين الخطوات التى يمكن اتباعها لعلاج السلوك المشكل لدى أطفالهم ، ولكنه أشار إلى أن القراءة وحدها لهذا البرنامج لا تعطى الوالدين الخبرة الكافية التى تمكنهم من استخدام هذا البرنامج ، ولذلك أوصى بضرورة تدريب الوالدين على هذا البرنامج بحيث يكون المدرب معالجاً سلوكياً له خبرة طويلة فى علاج الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال بصفة عامة ، ولدى المصابين باضطراب الانتباه بصفة خاصة .

كما ذكر أنه يمكن للوالدين تطبيق البرنامج على أطفالهم بطريقة فردية ، أو جماعية ، فإذا كان فى الأسرة طفل واحد يعانى من هذه المشكلات السلوكية فإنه يمكن تطبيق هذا البرنامج عليه بطريقة فردية ، أما إذا كان هناك أكثر من طفل يعانى من هذه المشكلات السلوكية داخل الأسرة الواحدة ،

فإنه يمكن تطبيق هذا البرنامج عليهم بطريقة جماعية ، أما إذا كانت هذه المشكلات السلوكية حادة لدى هؤلاء الأطفال فإنه يفضل تطبيقه عليهم بطريقة فردية حتى يتمكن الوالدان من التحكم فى كل من سلوك الطفل ، والموقف التدريبى .

أهداف البرنامج :

لقد حدد باركلى ثلاثة أهداف لهذا البرنامج وهى كما يلى :

١- أنه يسعى لمد الوالدين بالمعلومات الكافية عن الأسباب التى تكمن وراء السلوك المشكل لدى الأطفال بصفة عامة ، ولدى المصابين باضطراب الانتباه بصفة خاصة .

٢- أنه يصبو إلى تنمية مهارات الوالدين فى التعامل مع هذه المشكلات السلوكية لدى أطفالهم ومساعدتهم على تعديلها .

٣- أنه يسعى إلى تعديل المشكلات السلوكية لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وتدريبهم على اتباع القواعد السلوكية المقبولة اجتماعياً .

محتوى البرنامج وطريقة تطبيقه :

يتكون هذا البرنامج من خمس خطوات ، ويتم تدريب الوالدين على كل خطوة فى عدد من الجلسات التدريبية حيث يتم فى الجلسة الأولى تدريب الوالدين على سلوك محدد،أو جزء من سلوك معقد،وفى الجلسات التالية يقوم المعالج بمراجعة ما قام الوالدان بتطبيقه مع طفلهم ، وتدريبهم على سلوك جديد ،أو جزء آخر من السلوك المعقد ، ونقدم عرضاً مختصراً لهذه الخطوات فيما يلى :

الخطوة الأولي : يقوم المعالج فى الجلسات المخصصة لهـذه الخطـوة بحصـر المشكلات السلوكية التى توجد لدى الطفل ، ويقـوم أيضـاً بـالتعرف علـى المشكلات الأسرية وإرشاد الوالدين بضرورة الإسراع فى حلها خاصة إذا كانت خلافات زوجية حتى تكون البيئة المنزلية متهيئة لتعديل السلوكيات المشـكلة لدى طفلهم، كما يتعرف أيضاً على طريقة تفاعل الوالدين مع كل سلوك منها ، وبعد ذلك يمدهم بالمعلومات الكافية عن اضطراب الانتباه ، وخصائص الطفـل المصاب بهذا الاضطراب،والأسباب الرئيسية التى تكمن وراء سلوكه المشكل .

الخطوة الثانية : ويقوم المعالج فى هذه الخطوة بتدريب الوالدين على طريقـة التفاعل مع السلوك المشكل لدى طفلهم ، ويوجه الوالدين بأن يبدءوا بالتعامل مع السلوكيات الإيجابية ، ويقدمون التعزيز المعنوى للطفل عقب كـل سـلوك منها مثل تقبيل الطفل أو مديحه ، أو احتضانه ، وبعد ذلـك يتعـاملون مـع السلوكيات السلبية على أن يتعاملوا مع كل سلوك منها على حدة ، وعندما يتم تعديله ينتقلون إلى سلوك آخر ، وهكذا حتى يتم تعديل جميـع السـلوكيات المشكلة لدى الطفل ، ويراعى أيضاً أن يقوم الوالدان بتقديم التعزيز المعنـوى للطفل عقب كل محاولة ناجحة يقوم بها للسلوك المراد تعديله .

الخطوة الثالثة : إن الهدف من هذه الخطوة هو تدريـب الطفـل علـى اللعـب باستقلال بعيداً عن الوالدين خاصة عندما يكونان مشغولين ، ونظراً لأن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه لا يستطيع اللعب أو ممارسة نشاطه باستقلال لذلك يجب استخدام معززات مادية فى هذه الخطوة مثل الحلوى والعصائر حيث إن تأثيرها على الطفل يكون أقوى من تأثير المعززات المعنوية .

الخطوة الرابعة : ويتم فيها تدريب الوالدين على طريقة عقاب الطفـل ، ويـرى باركلى أن الطريقة المستخدمة فى هذا البرنـامج هـى مـن أفضـل الطـرق

المستخدمة لعقاب الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، وتتمثل هذه الطريقة فى حرمان الطفل من اللعب ، وإجباره بالجلوس على كرسى فى مكان منزوٍ فى ركن حجرة خالية من الأثاث وغير محببة لنفس الطفل ، وإذا حاول الطفل النهوض من على الكرسى فإن الوالدين يجبرانه على الجلوس عليه بشتى الطرق . ويستمر الطفل على هذا الوضع حتى يهدأ ويتعهد باتباع تعليمات الوالدين، وعدم العودة إلى السلوك الذى يعاقب عليه.

ويجب على الوالدين استخدام هذه الطريقة العقابية مع الطفل بالتدريج حيث يتم استخدامها مع سلوك محدد من السلوكيات غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل ، وبعد أن يتم تعديله ينتقلون إلى سلوك آخر مع استمرار استخدامها للسلوك السابق ...... ، وهكذا حتى يتم استخدامها مع جميع السلوكيات المشكلة لدى الطفل .

الخطوة الخامسة : إن الهدف من هذه الخطوة هو تدريب الوالدين على السيطرة على سلوك طفلهم فى الأماكن العامة خارج المنزل ، ولذلك يرى باركلى أنه يجب على الوالدين قبل مغادرة المنزل أن يتفقوا مع الطفل على عدم قيامه بأى سلوك غير مرغوب ، وأن يبينوا له الحافز المادى الذى سيحصل عليه إذا تحكم فى سلوكه واتبع التعليمات ، ويوضحوا له أيضاً نوع العقاب الذى سيتعرض له إذا قام بعكس ذلك .

وأخيراً نود الإشارة إلى أن باركلى أكد أن هذا البرنامج فعال جداً فى تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ، ولكنه ذكر أن هذا السلوكيات التى يتم تعديلها لا تصل إلى مستوى نفس هذه السلوكيات لدى الأطفال الأسوياء .

ولكن نظراً لأن اضطراب الانتباه مشكلة مزمنة تمتــد إلــى مرحلــة المراهقة ، كما أن المشكلات السلوكية التى تصاحبه ترهق الوالدين وتنغــص عليهم حياتهم ، لذلك فإن استخدام هذا البرنامج يقلل من حدة هذه المشــكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال مما يسمح للوالدين بالتعامل معهم بأقل قدر مــن الضغوط النفسية والتوتر الانفعالى الذى يتسببون فيه لوالديهم .

وللتأكد من فعالية هذه البرامج العلاجية فى تعديل الســلوك المشــكل لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه قــام بيســترمان ، وزمــلاؤه (Pisterman, et al, 1989) بدراسة،دمجوا فيها أنشطة برنامجى فورهاند ، وما كماهون (١٩٨١) ، وباركلى (١٩٨٧) ، وبعد الانتهاء من التدريب علــى أنشطة البرنامج قام الباحثون بمتابعة أفراد العينة لمدة ثلاثة أشهر ، وقد بينت نتائج دراستهم أن هذين البرنامجين كانت لهما فعالية عالية فى خفــض حــده هذه المشكلات السلوكية لدى هؤلاء الأطفال ، وهذه النتــائج تشــجع علــى استخدام هذه البرامج فى تعديل السلوك المشكل لدى الأطفال المصــابين بهــذا الاضطراب .

الفصل الثامن

إرشـــــادات

المحتويات

- أولا : إرشادات للمعلمين .
- ثانيا : إرشادات للوالدين .

إرشادات لمعلمى ووالدى الأطفال المصابون باضطراب الانتباه

لقد كان هدفنا من هذا العرض هو تقديم بعض المعلومات عن اضطراب الانتباه ، والمشكلات السلوكية التى تصاحبه حتى يمكن السيطرة على أعراضها ، أو خفض حدتها فى كل من البيئة المدرسية والمنزلية ، ولذلك سوف نقدم بعض الإرشادات للمعلمين والوالدين التى يمكن أن تساعدهم على فهم سلوك هؤلاء الأطفال والتعامل معهم ومساعدتهم على التكيف مع البيئة المحيطة وهى كما يلى:

أولاً: إرشادات للمعلمين

هناك بعض الإرشادات التى نقدمها لمعلمى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه والتى يمكن أن تساعدهم فى التعامل مع هؤلاء الأطفال ، والسيطرة على سلوكهم غير المقبول ومنع أو خفض مدى تأثيره على تحصيلهم الدراسى ، وكذلك تساعد المعلمين على وضع الخطط والإستراتيجيات التربوية لهؤلاء الأطفال ، وفقاً لأعراض هذا الاضطراب وأنماطه السلوكية التى تعوق عملية التعليم لهم ، ونقدم هذه الإرشادات فيما يلى :

١- يجب أن تكون الحجرة الدراسية مجهزة تجهيزاً خاصاً بحيث تكون بعيدة عن الضوضاء والمنبهات الصوتية الأخرى التى تأتى من خارجها لأنها تشتت الانتباه السمعى لدى هؤلاء الأطفال ، كما يجب أيضاً أن تكون خالية من اللوح والوسائل التعليمية التى تعلق على جدرانها لأن المنبهات البصرية التى تحتويها من أشكال وألوان وأحجام ، وغيرها تؤدى إلى جذب الانتباه البصرى لدى هؤلاء الأطفال إليها ، وتشتته بعيداً عن الموقف التعليمى .

٢- يجب عدم عزل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في حجرات دراسية خاصة بهم لأن ذلك سوف يؤدى إلى شعورهم بالنقص والدونية ويخفض لديهم تقديرهم لذواتهم ، كما أنه سيحرمهم من التفاعل الاجتماعى مع الأطفال الأسوياء والتعلم من سلوكيات أقرانهم الإيجابية .

٣- إذا كان بحجرة الدراسة أطفال يعانون من هذا الاضطراب فيجب أن يكون عددهم قليلاً وذلك لأن تواجد عدد كبير منهم فى مكان واحد يؤدى إلى زيادة السلوك الفوضوى والحركة البدنية المفرطة ويترتب على ذلك أن المعلم لا يستطيع السيطرة على سلوكهم جميعاً معاً فى وقت واحد مما يرهقه ويؤثر على أدائه ، وفضلاً عن ذلك فإنه سوف يؤدى أيضاً إلى تشتت انتباه الأطفال الأسوياء ، ويضعف من قدرتهم على التركيز مع المعلم ومتابعة الدرس مما يؤدى إلى انخفاض مستوى تحصيلهم الدراسى .

٤- يجب على المعلم عدم السماح للطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب بالجلوس بجوار طفل آخر لا يعانى منه ، حيث إن السلوكيات غير المرغوبة التى يقوم بها الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب والتى سبق الإشارة إليها فى فصل سابق ، وكذلك حركته البدنية المفرطة سوف تؤدى إلى تشتت انتباه الطفل السوى ، وتؤثر على مدى استيعابه وتحصيله الدراسى .

٥- عادة ما يُحضر المعلم معه بعض الوسائل التعليمية التى يستخدمها فى شرح الدرس ، ولذلك فإن جلوس الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب فى الصفوف الأمامية بالقرب منها يجعله يعبث بها مما يؤدى إلى تشتت انتباهه ، وإن المكان المفضل لجلسة مثل هذا الطفل هو الصف الثانى حتى تكون هذه الوسائل التعليمية بعيدة عن متناول يده من جهة ، ومن جهة أخرى حتى يستطيع المعلم متابعة هذا الطفل عن قرب .

٦- يجب على المعلم أن يقيم علاقة طيبة مع الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، كما يجب عليه أيضاً احترام خصوصياته وعدم إفشاء أسراره ، أو التحدث عن مشاكله ونقاط ضعفه أمام أقرانه .

٧- يجب على المعلم عدم الاكتراث بالنقد السلبى من المعلمين السابقين للطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، ولكنه يجب أن يعرف منهم نقاط القوة لدى هذا الطفل ، ويعمل على تنميتها وإظهارها أمام أقرانه فى حجرة الدراسة حتى ينمى لديه ثقته بنفسه ، ويعرف منهم أيضاً نقاط الضعف ويعمل على تعديلها.

٨- يجب على المعلم أن يتبع قواعد ثابتة تجذب انتباه الأطفال ويعلن بها عن بدء الدرس ، فمثلاً قبل بدء الدرس يقول المعلم للأطفال (قف-إحن ظهرك والمس قدميك بأصابع يديك-اعتدل-اجلس-أغمض عينيك-خذ ثلاثة أنفاس عميقة) ، وهذه الطريقة فعالة جداً فى جذب انتباه الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه وتجعلهم يركزون انتباههم مع المعلم .

٩- يجب أن يستخدم المعلم استراتيجية فعالة فى التدريس للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب بحيث تتضمن التدريس بالأمثلة ، ثم الكتابة ، ثم التطبيق العملى من قبل المعلم ، ثم تدريب التلاميذ.

١٠- إذا كان الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب تواجهه أية مشكلة أخرى ، فيجب على المعلم أن يشجعه على التحدث عنها ، وأن يستمع له دون أن يقاطعه، ثم يقدم له توجيهاته مصحوبة بالنمذجة .

١١- يجب على المعلم أن يتأكد من أن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب منتبهاً إليه أثناء شرح الدرس، ويتم ذلك من خلال متابعة المعلم لعينى الطفل ،

أما إذا تشتت انتباه الطفل لمنبه آخر فيجب على المعلم أن يعمل على جذب انتباهه إليه مرة أخرى بطريقة تتسم بالهدوء مثل التربيت على كتف الطفل ، فإذا لم يستجيب الطفل فيجب على المعلم أن يقوم بالنداء عليه وينظر له نظرة طويلة يصحبها صمت توحى للطفل أن المعلم غاضب منه لعدم تركيز انتباهه على الموقف التعليمى .

١٢- إن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه يملون من العمل المتكرر ، ولذلك يجب على المعلم أن يغير فى طريقة أدائة بحيث يكون هناك حداثة فى العرض وتشويق للطفل ، كما يجب على المعلم أيضاً أن يركز على جودة العمل بدلاً من التركيز على مقداره . فعلى سبيل المثال بدلاً من أن يطلب المعلم من الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب أن يقوم بحل عشر مسائل فى مادة الرياضيات أثناء الحصة ، فإنه من الأفضل أن يطلب منه حل خمسة مسائل فقط ، ويقوم بمراجعتها معه وتصحيح أخطائه ، لأن الكم القليل المفهوم من المادة العلمية خير من الكم الكثير غير المفهوم .

١٣- نظراً لأن الطفل المصاب بهذا الاضطراب لديه ضعف فى القدرة على الإنصات وفهم المعلومات التى يستقبلها ، لذلك فإنه يجب عند تكليفه بعمل دراسى أن تكون التعليمات التى يقدمها له المعلم بسيطة وواضحة ، كما يجب على المعلم أن يجعل هذا الطفل يكرر هذه التعليمات بصوت مسموع قبل أن يقوم بتنفيذ العمل المكلف به حتى يتأكد المعلم أن هذا الطفل قد سمع وفهم المطلوب منه فى هذا العمل .

١٤- لما كان الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لديه قدر كبير من الطاقة البدنية التى لا يستطيع التحكم فيها أو كبتها ، لذلك يجب على المعلم أن يسمح له بالتحرك داخل حجرة الدراسة للتنفيث عن هذه الطاقة من خلال قيامه

بسلوك اجتماعى مقبول ، وذلك مثل السماح للطفل بمسح السبورة ، أو توزيع الكتب على زملائه ، كما يجب على المعلم أيضاً عدم حرمان هذا الطفل من الفسحة لعقابه على أى خطأ إرتكبه ، حيث إن الانطلاق الحر فى الفسحة يخلص الطفل من هذه الطاقة ، ويساعده على الجلوس فى استقرار عند عودته لحجرة الدراسة .

١٥- نظراً لأن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب يشعر دائماً بالفشل ، لذلك يجب على المعلم أن يتيح له فرص معايشة النجاح وذلك من خلال تكليفه ببعض الأعمال البسيطة التى يستطيع النجاح فيها ، أو تقسيم العمل إلى وحدات صغيرة وتكليف الطفل بجزء واحد منه فقط بحيث يستطيع النجاح فيه ، حيث إن هذا النجاح يعمل على تنمية ثقة هذا الطفل بنفسه ، ويرفع من تقديره لذاته ، ويشجعه على القيام والنجاح فى أعمال أخرى مستقبلية .

١٦- نظراً لأن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لا يستطيع تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة ، لذلك يجب على المعلم أن يقسم زمن الحصة إلى فترات عمل قصيرة يتخللها فترات استراحة . فمثلاً يقوم المعلم بتقسيم زمن الحصة إلى فترات عمل مدتها عشر دقائق يتخللها دقيقتان أو ثلاث كفترة استراحة بعد كل فترة عمل ، حيث إن تقديم المعلم لعدد كبير من المعلومات المتتالية يجعل هذا الطفل عاجزاً عن تركيز انتباهه إليها مهما كانت طريقة أداء المعلم ، والتكنيكات والوسائل التعليمية التى يستخدمها لجذب انتباهه.

١٧- إن ضعف القدرة على التنظيم من الأعراض الرئيسية لاضطراب الانتباه ، لذلك يجب على المعلم مساعدة الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب على تنظيم أدواته التى يستخدمها وذلك من خلال متابعة المعلم المستمرة لهذا الطفل وتفقد أدواته ، حيث إن تركها مبعثرة فى المكان الذى يوجد فيه الطفل

سوف يؤدى إلى تشتت انتباهه ، كما أن هذا السلوك من قبل المعلم يعتبر تدريباً لهذا الطفل على تنظيم كل من أدواته والمكان الذى يجلس فيه .

١٨- إن الأطفال المصابون بهذا الاضطراب يحاولون الهروب من الموقف التعليمى داخل حجرة الدراسة عن طريق استهلاك وقت كبير فى إخراج الكتب والأدوات الدراسية التى سيستعملونها من حقيبة كتبهم ، لذلك يجب على المعلم مساعدة الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه فى إخراج أدواته الدراسية من حقيبته ، وأن يعمل أيضاً على إزالة مخاوفه وتشجيعه على المشاركة فى العملية التعليمية والعمل على تنمية ثقته بنفسه بشتى الطرق التى يستطيع المعلم استخدامها لذلك .

١٩- إن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لا يستطيع الانتهاء من العمل الذى يقوم به فى الزمن المحدد له ، حيث إن تشتت الانتباه ، واضطراب التفكير، وضعف القدرة على التذكر ، وغيرها من المشكلات الانتباهية تجعل هذا الطفل يستغرق وقتاً طويلاً لإنهاء هذا العمل ، ويترتب على ذلك أن الزمن المقرر لهذا العمل ينتهى قبل أن يكمله الطفل ، ولذلك يجب على المعلم أن يمنحه وقتاً إضافياً يسمح له بالإنتهاء من العمل الذى يقوم به خاصة إذا كان يجيب على اختبار ما .

٢٠- لما كان التسرع والإجابة قبل التفكير عن أسئلة لم تستكمل بعد من الأعراض الرئيسية لاضطراب الانتباه ، لذلك يجب على المعلم علاج هذه المشكلة عن طريق تدريب الطفل على التفكير قبل الإجابة ، ويمكن للمعلم أن يتبع استراتيجية لتحقيق هذا الهدف تتمثل فى تدريب الطفل على الاستماع أولاً ، ثم التوقف بعض الوقت ، ثم التفكير ، ثم الإجابة الشفهية ، ثم الإجابة العملية ، وهذه الطريقة فعالة جداً فى علاج الاندفاع لدى الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب .

٢١- نظراً لأن الطفل الذى يعانى من اضطراب الانتباه يستغرق وقتاً طويلاً فى إنجاز العمل الذى يقوم به ، لذلك فإنه يترك معظمه غير مكتمل ، ومن هذا المنطلق يجب على المعلم أن يحدد الواجبات المنزلية لهذا الطفل إلى أقل قدر ممكن حتى يستطيع إنجازها وحلها كاملة .

٢٢- يجب على المعلم أن يشرك الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب فى الأنشطة المختلفة خاصة الرياضية منها والفنية حيث تعمل الأنشطة الرياضية على التنفيس عن الطاقة المكبوتة لديه فى شكل سلوك مقبول اجتماعياً ، كما أن النشاط الفنى ينمى لديه القدرة على التركيز .

٢٣- يمكن للمعلم أن يستخدم التعزيز الإيجابى فى تعديل السلوكيات غير المرغوبة لدى الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب ، حيث يمكنه أن يستخدم لذلك معززات مادية أو معنوية ، ولكن نظراً لأن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب يشعر بالملل من الأشياء المتكررة ، لذلك يجب على المعلم تغيير المعززات باستمرار حتى يستطيع أن يحافظ على فاعليتها ، ويجب هنا أن ننبه المعلم بعدم الاستهانة بأى سلوك بسيط ينجح الطفل فى تعديله ، بل يجب عليه تعزيزه على الفور ، خاصة بمدح الطفل أمام زملائه لأن ذلك سوف يشعر الطفل بالنجاح ويكون حافزاً له على تعديل سلوكياته الأخرى غير المرغوبة .

٢٤- وأخيراً نود أن نذكر المعلم بأنه إذا واجهته أية مشكلة عند عمله مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب وكان يعجز عن حلها بمفرده ، عندئذٍ يجب عليه استشارة فريق العمل الموجود معه فى المدرسة ، أو أى فرد آخر لديه معلومات وفيرة عن أضطراب الانتباه ، وخبرة كافية فى التعامل مع الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، ولا يجب عليه التخبط بين آراء من ليست لديهم خبرة فى هذا المجال .

ثانياً : إرشادات للوالدين

وختاماً هناك بعض الإرشادات نريد أن نقدمها للوالدين الذين يوجد لديهم طفل يعانى من اضطراب الانتباه ، وهى كما يلى:

١- لابد أن يقتنع الوالدان أن طفلهم الذى يعانى من هذا الاضطراب يقوم بالاندفاع وفرط النشاط الحركى عن غير قصد منه ، ولذلك فإن العقاب البدنى ، والنقد اللاذع من قِبل الوالدية لا يفيد معه .

٢- أن الطفل الذى يعانى من هذا الاضطراب لديه طاقة كبيرة ، ويجب على الوالدان مساعدته على التنفيس عنها من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية ، والجرى لمسافات طويلة ، أما إذا كانت ظروف الوالدين لا تسمح لهم بذلك ، أو كان الطقس سيئاً ، فيجب على الوالدين أن يجهزوا حجرة بالمنزل لكى يلعب فيها الطفل ، ويتركوه يفعل ما يشاء بدون نقد منهم ، على أن يكون ذلك فى وقت محدد فقط وليس طول اليوم .

٣- يجب عدم تشجيع هذا الطفل على كثرة النشاط الحركى فى الوقت غير المخصص لذلك ، كما يجب منع أشقائه من اللعب معه لعبة تحتاج إلى حركة بدنية كثيرة مثل المطاردة ، أو الألعاب الصاخبة ، لأن هذا اللعب سوف يعزز لديه النشاط الحركى المفرط ، ويجعل هناك صعوبة فى التخلص منه أو خفض مستواه .

٤- يجب على الوالدين أن يجعلوا الجو العام للمنزل يسوده النظام ويدربوا الطفل على ذلك ، ولذلك فإنه يجب عليهم تحديد وقت للعب ، ووقت لتناول الطعام ، ووقت لحل الواجبات الدراسية ، ووقت للنوم على أن تكون مواعيدها ثابتة دائماً بقدر الإمكان ، كما يجب عليهم أيضاً أن يعلموا الطفل عدم دخول حجرة الآخرين بالمنزل ، أو اللعب بأشياء تخص غيرهم بدون استئذان .

٥- يجب على الوالدين إبعاد هذا الطفل عن التجمعات التى لا يستطيعون فيها التحكم فى سلوك طفلهم ، وذلك مثل الحفلات والأفراح ، حيث إن هذه التجمعات سوف تجعل الطفل ينطلق مع أقرانه ويقوم بنشاط حركى كبير ، مما يؤدى إلى إستثارة فرط النشاط الحركى الكامن لديه ، ورفع مستواه .

٦- يجب على الوالدين تنمية الانتباه والذاكرة لدى هذا الطفل من خلال تشجيعه على ممارسة بعض اللعب والأنشطة التى تحتاج إلى تركيز ولا تحتاج إلى نشاط حركى كبير مثل مطابقة الصور ، أو تلوينها ، أو بناء الأشياء من المكعبات ، كما يمكن للوالدين تنمية قدرة الطفل على الإنصات من خلال سرد القصص المثيرة والمشوقة عليه ، حيث إنها تجذب انتباه الطفل وتجعله ينصت لكى يستمع إلى تفاصيلها .

٧- يجب أن يقوم الوالدان بتوجيه الطفل لتعديل سلوكه عن طريق تقديم النمذجة لسلوك الوالدين ، وسلوك أقران الطفل وأشقائه .

المراجـــع

المراجع العربية :

١- أحمد زكى صالح (١٩٨٨) . علم النفس التربوى ، الطبعة العاشرة ، دار النهضة العربية ، القاهرة .

٢- أحمد عزت راجح (١٩٨٥). أصول علم النفس ، الطبعة الثالثة ، دار المعارف ، القاهرة .

٣- السيد على سيد احمد على (١٩٩٨) . برنامج مقترح لتنمية الانتباه البصرى لدى الأطفال المتخلفين عقلياً ، رسالة دكتوراه غير منشوره ، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس ، القاهرة.

٤- أنور محمد الشرقاوى (١٩٩٢). علم النفس المعرفى المعاصر ، الطبعة الأولى ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .

٥- حلمى المليجى (١٩٨٣) . علم النفس المعاصر ، الطبعة الخامسة ، دار المعارف ، القاهرة .

٦- دينيس تشايلد . علم النفس والمعلم . ترجمة عبدالحليم محمود السيد وآخرون(١٩٨٣) . مؤسسة الأهرام ، القاهرة .

٧- سعدية محمد على بهادر (١٩٨٦) . فى علم نفس النمو ، الطبعة الرابعة ، دار البحوث العملية ، الكويت .

٨- سهير فهيم الغباشى (١٩٨٨). التمييز بين فئات مرض الصرع فى الأداء على بعض الاختبارات المعرفية وبعض مقاييس الشخصية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة، القاهرة .

٩- عبدالحليم محمود السيد وآخرون (١٩٩٠). علم النفس العام ، الطبعة الثالثة، مكتبة غريب ، القاهرة .

١٠- فؤاد أبو حطب ، عبدالحليم محمود السيد (١٩٩٣). علم النفس ، فهم السلوك الإنسانى وتنميته ، مقرر الصف الثالث الثانوى العام، قطاع الكتب ، وزارة التربية والتعليم ، القاهرة .

١١- محمد عثمان نجاتى (١٩٨٣). علم النفس فى حياتنا اليومية ، الطبعة العاشرة ، دار القلم ، الكويت .

المراجع الأجنبية :

12- **American Psychiatric Association (1980) :** ***Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (3 rd ed). Washington, DC: Aurthor.***

13- **American Psychiatric Association (1987) :** ***Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (3rd ed rev). Washington DC: Aurthor.***

14- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual Mental Disorders (4 th ed). Washington, DC: Aurthor.*

15- Ball, J. D., et al. (1997): *Sleep Patterns Among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Re-examination of Parent Perceptions. J – Pediatr – Psychol, 22,3,pp : 389-398.*

16- Barker,p.(1988): *Conduct Disorder,Attention Deficit in Basic Child Psychiatry, (5 th ed.) Oxford Blackwell Scientific Publication. New Yourk. Oxford University Press. pp:121-147.*

17- Barkley,R.A. (1988): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. in E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds). Assessment of Childhood Disorders, (2nd Ed.) pp: 69-104, New York : Guilford.*

18- ____________ (1989) : *The Problem of Stimulus Control and Rule Governed Behavior in Children with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity in L.M Bloomingdale & J. Swanson (Eds). Attention Deficit Disorder, 4, pp:203-228. Oxford, UK: Pergamon.*

19- ______________.(1990): *Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment. Guilford press, New Your. 747.*

20- ________ ., Dupaul, G. J., and McMurray, M. B. (1990):*Comprehensive Evaluation of Attention Deficit Disorder With and Without Hyperactivity as Defined by Research Criteria. J. Consult Clin psychology, 58,pp:775-798.*

21- _________ .et al. (1993): *Driving Related Risks and Outcomes of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescents and Young Adults : 3 to 5 Year Follow up Survey. Pediatrcy, 92, PP : 212 - 218.*

22- ____________ R. B. (1981): *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment. New York : Guilford Press.*

23- _______ (1987) : *Defiant Children : A Clinician's Manual for Parent Training. New york : Guilford Press .*

24- Bart, H. J. and Anna, W. (1992): *Social Withdrawal and Aggression in Subgroups of ADHD Children.American Psychological Association, Washington, pp:14-18.*

25- Berlyne, D. E. (1974) : *Attention in E. C. Carterette &M.P. Friedman.Eds, Handbook of Perception, New Yourk, Academic Press.*

26- Biederman, J., Newcorn, J. and Sprich, S. (1991) : *Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety and Other Disorder. Am J Psychiatry, 148, PP : 564 - 577.*

27- _________,Mick,E.,Faraone,S.V.(1998): *Depression in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)Children,"true"Depression or Demoralization ? J-Affect-Disord. 47,1, pp: 113-122.*

28- Bigler, E. D.(1988): *Diagnostic Clinical Neuropsychology Austin : University of Texas Press.*

29- Bourne, L-E, Dominowski, R. L. and Loftus, E. F. (1979): *Cognitive Processes. Englewood Chiffs, N. J. Prentice-Holl.*

30- Brown,R.T.,et al.(1991):*Effects of Parental Alcohol Exposure at School Age. in Attention and Behavior Neurotoxiology and Teratology,13(4), PP : 369-376.*

31- Bundesen , C. (1990): *A Theory of Visual Attention. Psychological Review, 97, 4, PP : 523-547.*

32- Burns,G.L. ,et al. (1997): *Internal Validity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder,Oppositional Defiant Disorder, and Over Conduct Disorder Symptoms in Young Children : Implications from Teacher Ratings for A Dimensional Approach to Symptom Validity. J Clin Child Psychol. 26, 3, pp: 266- 275 .*

33- Carlson,E.A.,Jacobvitz, D. and Sroufe, L.A. (1995): *A Developmental Investigation of Inattentiveness and Hyperactivity. Child Development, 66, PP : 37-54.*

34- Carr, T .H. (1984) : *Attention Skill and Intelligence. Some Speculations on Extreme Individual Differences in Human Performance : in P. H. Brooks , R. Sperber and C. M. Cauley Eds,*

Learning and Cognition in the Mentally Retarded , Hillsdal , N.J : Elbaum, pp: 198- 215.

35- Carver, C.S. & Scheier, M. F.(1981): *Attention and Self Regulation. A Control Theory Approach to Human Behavior, Springerverlag . New York, Heidelberg Berlim.*

36- Cavanaugh, S. , Tervo, R.C., Fogas, B. (1997): *The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disability, S-D.J. Med, 50,6, PP: 193-197.*

37- Chervin , R. D. et al. (1997) : *Symptoms of Sleep Disorders , Inattention and Hyperactivity in Children Sleep, 20,12, pp : 1185-1192.*

38- Cynthia, A. R. and George, W. H. (1993): *Developmental Language Disorder in Children. Relationship with Learning Disability and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review, 22,4,pp : 696-709.*

39- Deborah , P. A., et al. (1996): *Comparison of Sustained and Selective Attention in Children who*

have Mental Retardation With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. American journal on Mental Retardation, 100, pp:592-607.

40- **Dinsmoor, J. A. (1985) :** *The Role of Observing and Attention in Establishing Stimulus Control. Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 43, pp: 365-381.*

41- **Edward,A.K. and Sandra, H, K. (1994):** *Classroom Discipline with Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. Contemporary Education, 65,3,pp:142-144.*

42- **Eriksen, C. W. & Yeh, Y. Y. (1985) :** *A Location of Attention in the Visual Field.Journal of Experimental Psychology : Human Perception and Performance, 11, pp : 583-597.*

43- **Fee,V.E. Matson, J.L., and Benavidez, D.A. (1991):** *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children. Manuscript Submitted for Publication.*

44- _______ . et al, (1993) : *The Differential Validity of Hyperactivity / Attention Deficits and Conduct Problems Among Mentally Retarded Children. Journal of A bnormal Child Psychology, 21,1, PP : 1-11.*

45- _________ (1994) : *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children, Research in Developmental Disabilites, 15,1,pp : 67-79.*

46- Feleming,M.L.,Levie,W.H.&Mcleskey, J. L. (1980): *Compenstaing Attentional Deficit in Handicapped Learners Through Special Media Techniques , USOEBEH Final Report , Project No:446 AH 80038, Bloomington, in Indiana, University.*

47- Fenigstein, A. & Carver, C. S. (1978): *Self-focusing Effects of False Herbeat Feedback. Journal of Personality and Social Psychology , 36 pp : 1241 - 1520.*

48- Forehand,R.L.,and Mcmahon, R.J. (1981): *Helping the Nocompliant Child. A Clinician's Guide to Parent Training. New york : Guilford Press.*

49- Frankel, F. et al. (1997): *Parent-assisted Transfer of Children's Social Skills Training : Effects on Children With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J. Am Acad Child Adolesc- Psychiatry, 36,8,pp: 1056-1064.*

50- Friedman, S.& Kock, J. (1985): *Child Development. A Topical Approach. New Yourk, Tohn Willy.*

51- Gadow, K. D. , et al , (1995) : *Efficacy of Methylphenidate for ADHD in Children with Tic Disorder.Arch.Gen.Psychiatry,5,6, PP: 444-455.*

52- George,J.D.& Patricia, N. H. (1993): *Peer Tutoring Effects on the Classroom Performance of Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review, 22,1, pp: 134-143.*

53- Giler,J.w., Pennington, B.F. and Defrief, C. (1992): *A Twin Study of the Etiology of Comorbidity : Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Dyslexia, J. Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 31,PP : 343-348.*

54- Goetz,L.&Gee,K. (1987): *Teaching Visual Attention in Functional Contexts. Acquisition and Generalization of Complex Visual Impairment and Blindness, 81, pp:115-117.*

55- Hinshaw, S. P. (1987) : *On the Distinction Between Attention Deficit / Hyperactivity and Conduct Problems/Aggression in Child Psychopathology. Psychological Bulletin, 101,PP : 443-463.*

56- Hunt, R. D., Ruud, B., Minderaa, M.D. (1986): *The Therapeutic Effect of Clonidine in Attention Defficit Disorder with Hyperactivity:A Comparison with Placebo and Methylphenidate. Psychopharmacol Bull, 22, PP : 229.*

57- Jeffrey, S. D. (1998):*The Outcome of Parent Training Using Behavior Management Flowchart with Mothers and Their Children, Behavior Modification, 22,4, PP : 431-443.*

58- Jennifer,S.Tom,B.(1994):*Social Status and Selfesteem. Children with ADHD and Their Peers. Computer Search, ERIC, An, Ed 400630 CHN. EC 305070.*

59- **Johanston,C. and Freeman, W. (1997):** ***Attributions for Child Behavior in Parent of Children Without Behavior Disorders and Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J. Consult. Clin. Psaychol. 65,4,pp:636-645.***

60- **John, N. , et al. (1995) :** ***The Differential Effects of Teacher and Peer Attention on the Disruptive Classroom Behavior of Three Children with a Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Applied Behavior Analysis, 28,2, pp:227-238.***

61- **Jordan, D. R. (1988) :** ***Jordan Prescriptive / Tutorial Reading Program. Austin, TX : PRO-ED.***

62- **______ (1989):** ***Overcoming Dyslexia in Children, Adolescents and Adults. Austin, TX: PRO-ED.***

63- **_______(1991):** ***Whatever Happened to ADD without Hyperactivity ? CH.A.D.D.ER.4,4.***

64- **_______ (1992):** ***Attention Deficit Disorder : ADHD and ADD Syndromes (2 nd ed.) Shool Creek Boulevard, Austin, TX.***

65- Kaplan,H.J.et al. (1994): *In Synopsis of Psychiatry, (7th Ed). Mass Publishing Co., Giza, Egypt.*

66- Kelly, D. P. and Aylward, G. P. (1992) : *Attention Deficit in School Aged Children and Adolescents. The Pediatric Clinics of North America, 39,3, PP: 487-512.*

67- Kendall, P. C. et al . (1985) : *Cognitive Behavioral Therapy for Impulsive Children. Merion, PA.*

68- Kirby.E.A.and Grimley,L.K.(1986): *Understanding and Treating Attention Deficit Disorder. New York : Pergamon Press.*

69- Kruesi, M. J. P., et al. (1987) : *Effects of Sugar and Aspartame on Aggression and Activity in Children.American Journal of Psychiatry, 144,11,PP: 1487-1490.*

70- Lahey,B.B.,Green, K.D. & Forehand, R.(1980): *On The Independence of Ratings of Hyperactivity, Conduct Problems and Attention Deficits in Children : A Multiple Regression Analysis.*

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,PP: 566-574.

71- ________, et al. (1988) : *Dimensions and Types of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity in Children: A Factor and Cluster Analytic Appr-oach. Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,27,pp:330-335.*

72- Linda,J.O. P. (1994): *Promoting Social Competency in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Elementary Aged Children. Ed. D. Practicum Report, Nova University .*

73- Loney, J.and Milich, R. (1982): *Hyperactivity, Inatt-ention and Aggression in Clinical Practice. In M. Wolraich & D. Routh (Eds), Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics (V.3, PP:113-147). Greenwich, CT: JAI. Press.*

74- Lorber,R.and Patterson,G.R.(1981):*The Aggressive Child. Aconcomitant of a Coercive System. in J.P.Vincent(ED),Advances in Family Interven-tion, Assessment and Theory : An Annual*

Compilation of Research (PP : 47 - 87). Greenwich, CT:JAI press.

75- Lovas , O. I. Koegel, R & Schreilman, L. (1979) : *Stimulus Over Selectivity in Autism . A Review of Research . Psychologyical Bulletin, 86, pp : 1236-1254.*

76- Maria, F. L. , et al. (1996) : *Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Emotional or Behavioral Disorders in Primary Grades : Inappropriate Placement in the Learning Disability Catagory . Education and Treatment of Children , 19,3, pp:286-299*

77- Mash, E. J. & Johnston, C. (1990): *Determinants of Parenting Stress: Illustrations from Families of Hyperactive Children and Families of Physically Abused Children. Journal of Clinical Child Psychology, 19, pp: 313-338.*

78- Mcleskey, J. , et al. (1982) : *Selective Attention to Visual Stimuli. The Need to Combine Theory and Research. Journal of Special Education Technology,5,pp:23-32.*

79- ____________. (1985): *Procedures for Ameliorating Attentional Deficit of Retarded Children Through Instructional Media Design. Education and Training of The Mentally Retarded, 17, pp:227-233.*

80- Milich,R.and Pelham,W.E. (1986): *Effects of Sugar Ingestion on the Classroom and Playgroup Behavior of Attention Deficit Disordered Boys. J. Consulting and Clinical Psychology, 54,5,PP: 714-718.*

81- Morgan,W. p. & Pollock, M. L. (1977): *Paychologic Characterization of the Elite Distance Runner in P. Milvy Ed, the Marathan : Physiological, Medical, Epidemiological and Psychological Studies, New Yourk Academy of Sciences.*

82- Neuvill, M. B.(1995) : *Sometimes I get All Scribbly : Living with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder . (2nd ed). Shoal Creek Boulevard Austin, Texas.*

83- Nussbaum,N.L.and Bigler, E. (1990): *Identification and Treatment of Attention Deficit Disorder. Shoal Creek Boulevard, Austin, Texas.*

84- ________. et al. (1988): *Attention Deficit Disorder and the Mediating Effect of Age on Academic and Behavioral Variables. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 10,1,29.*

85- Pardo, J. V, Fox, P. T and Raichle, M. E. (1990) : *A Heteromodal Network Activated in Humans During Sustained Attention to Sensory Stimuli. Manuscript Submitted for Publication.*

86- Patterson, G. R, Cobb, J. A., and Ray, R. S. (1972): *A Social Engineering Technology for Retaining Aggressive Boys.In H.Adams & L. Unikel (Eds), Georgia Symposium in Experimental Clinical Psychology. 2, pp: 139 -210. Oxford ; Pergamon press.*

87- Patterson,G.R.(1982): *A Social Learning Approach to Family Intervention. V.3, Coercive Family Process. Eugene, OR : Castalia.*

88- Pearson,D.A.et al (1996): *Comparison of Sustained and Selective Attention in Children who have Mental Retardation With and Without Attention Deficit Hyperactivity Disorder. American Journal on Mental Retardation. V 100, N6, PP: 592-607.*

89- Pelham,W.E.,Greenslade,K.E. and Hamilton, V.M. (1990) : *Relative Efficacy of Long Acting Stimulants in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders : A Comparison of Standard Methylphenidate , Sustained Release Dextroamphetamin and Pemolin. Pediatrics, 86, PP:226-237.*

90- Peter,D.et al.(1989):*Psychology Perspective on Behavior.John Willey& Sons, New York, Chichester Brisbane Toronto Singpore, pp:193-202.*

91- ________,S. et al. (1993) : *Anxiety and Depressive Disorders in Attention Deficit Disorder with Hyperactivity : New Findings, Am J psychiatry, 150, 8, PP: 1203-1209.*

92- Pfiffner,L.J.and Mc Burnett,K.(1997): *Social Skills Training with Parent Generalization: Treatment Effects for Children with Attention Deficit Disorder . J Consult clin psychol. 65, 5, pp : 749-757.*

93- Pisterman,et al.(1989):*Outcome of Parent Mediated Treatment of Preschoolers with Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, PP: 628-635.*

94- Pliszka, S. R. (1989): *Effect of Anxiety on Cognition Behavior and Stimulant Response in ADHD. J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry, 28, PP: 882-887.*

95- Porrino,L. J. et al. (1983): *Anaturalistic Assessment of the Motor Activity of Hyperactive Boys: I. Comparison with Normal Controls. Archives of General Psychiatry, 40, pp:681-687.*

96- Posner,M.I.,Cohen,y.and Rafal, R.D (1982): *Neural systems and the control of spatial orienting. Philosophical transactions of the Royal society of London (Biology), 298, PP:187-198.*

97- _________,et al. (1984): *Effects of parietal injury on covert orienting of attention. Journal of Neuroscience, 4, PP:1863-1874.*

98- _______(1988):*A symmetries in hemispheric control of attention in schizophrenia, Archives of General psychiatry, 45,PP: 814-821.*

99- Purvis , K. L. and Tannock, R. (1997) : *Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities and normal cntrols. J. Abnormal-child-psychology, 25,2, PP:133-144.*

100- Rief , S. F. (1993) : *How to reach and teach ADD/ADHD children : practical techniques, strategies and interventions for helping children with attention problems and hyperactivity, the center for applied research in education, West Nyack. New York.*

101- Robson, A. L & Pederson, D. R. (1997) : *Perdictors of Individual Differences Inattention among*

low birth weight children. J- Dev-Behav-pediatr. 18,1,pp:13-21.

102- Rosen, L.A. et al. (1988): *Effects of Sugar (Sucrose) on Children's Behavior. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,4, PP:583-589.*

103- Sch, R. W. (1979): *The Effects of Selective Attention of the Decoding Skills of Children with Learning Disabilities. Journal of Learning Disabilities, 12,pp:636-644.*

104- Soraci, S. A. et al. (1987) : *Oddity Performance in Preschool Children at Risk for Mental Retardation. Transfer and Maintenance. Research in Developmental Disabilities, 8, pp : 137-151.*

105- Stephen, v. et al.(1993) : *Evidence for The Independent Familial Transmission of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Learning Disabilities : Results from a Family Genetic Study, Am J Psychiatry, 150,6, PP:891-895.*

106- ______, E. B. (1996): *The Reading Comprehension Abilities of Children with Attention Deficit*

Hyperactivity Disorder. School Psychologists, Atlanta, GA, pp; 12-16.

107- Steven,L.and Lisa,A.M. (1991): *Social Skills Deficit in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. School Psychology Review; 20,2, pp: 235-251.*

108- Swanson , J. M. , et al. (1990) : *Attention and Hyperactivity. The Development of Attention : Research and Theory, Elsevier Science Publishers B.V. (North-Holland), PP:383-403.*

109- Tarver, S. H. , et al. (1976) : *Verbal Rehearsal and Selective Attention in Children with Learning Disabilities. A Developmental log, Journal of Experimental Child Psychology , 22,pp:375-385.*

110- Tucker, D. M. and Williamson, P. A. (1984) : *A Symmetric Neural Control Systems in Human Self-regulation. Psychological Review, 91, PP: 185-215.*

111- Tupper, D. E. (1987) : *Soft Neurological Signs. Orlando, FL : Grune and Stratton.*

112- Velting, O. N. and Whitehurst,G.J.(1997): *Inattention Hyperactivity and Reading Achievement in Children from Low Income Families : A Longitudinal Model. J. Abnormal Child Psychology, 25,4, PP: 321-331.*

113- Virginia,F.E.et al.(1994):*Attention Deficit Hyperactivity Disorder Among Mentally Retarded Children. Research in Developmental Disabilities, 15, pp: 67-79.*

114- Wender, E. (1995): *Hyperactivity in Behavioral and Developmental Pediatrics, (Eds). Parker, S. and Zucherman, B. Little Brown and Company Boston. (1st Ed.), PP: 185-194.*

115- Zeaman, D, & House, B. J. (1979) : *A Review of Attention Theory. in Ellis, N. R. Ed, Handbook of Mental Deficiencies, Psychological Theory and Research, (2nd Edition). Hillsdale, N. J. Erlbaum Associates.*

116- Winneke, et al (1989) : *Modulation of Lead Induced Performance Deficit in Children by Varying Signal Rate in A Serial Choice Reaction Task.*

(١٥٠)

Special Issue : Interdisciplinary Aspects of Neurotoxicology. Neurotoxicology and Teratology, 11,6, PP:587-592.

مركز آيـــات للطباعة والكمبيوتر

مساكن لكوظ - الزراعة - الزقازيق

رقم الإيداع بدار الكتب المصرية
٩٩/٣٣٧٦
الترقيم الدولى .L.S.B.N
977-19-8136-6

مركز آيـــات للطباعة والكمبيوتر

مساكن لكوط - الزراعة - الزقازيق